



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio – julio, 2017

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Vanessa Alejandra REYES GONZALEZ

ASESOR

Emma Felicia SALAZAR SALVATIERRA

Luz Blanca ZAMBRANO RAMOS

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Reyes V. Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio – julio, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2018.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina



Escuela Profesional de Obstetricia
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A)
EN OBSTETRICIA**

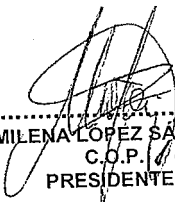
El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis" para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

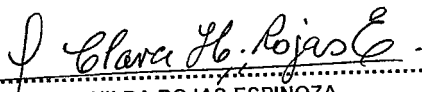
BACHILLER: REYES GONZALEZ VANESSA ALEJANDRA

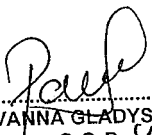
Cuyo título es: **"ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA PAREJA Y LA DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, JUNIO - JULIO, 2017"**

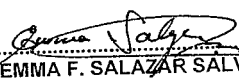
Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:



Bueno Dieciseis 16


DRA. MILENA LÓPEZ SÁNCHEZ
C.O.P. 18052
PRESIDENTE


MG. CLARA HILDA ROJAS ESPINOZA
C.O.P. 0132
MIEMBRO


MG. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS
C.O.P. 9426
MIEMBRO


MG. EMMA F. SALAZAR SALVATIERRA
C.O.P. 0730
ASESOR (A)


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

Mg. CLARA DÍAZ TINOCO
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 24 de agosto del 2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la vida.

A mi madre, por su invaluable sacrificio y amor.

A mi padre, por sus consejos y acompañamiento.

A mi hermano, por su compañía, motivación y alegría.

A mi esposo, por su maravilloso amor y apoyo constante.

Al Dr. Oscar Munares, por su motivación e importante asesoría para iniciar la investigación sobre el rol del padre durante el embarazo.

Al Mg. Alexander Ríos, por su asesoría constante en la parte metodológica de la presente investigación.

Al Dr. Samuel Pecho, a los Psicólogos Jimmy Orihuela y Rafael del Busto, y a las Obstetras Maritza Meza, Carmen Espinoza y Silvia Hugar; expertos que colaboraron con la evaluación del instrumento elaborado por la presente investigación.

A las Obstetras del Centro de Salud Piedra Liza, por su colaboración

DEDICATORIA

A mi madre, el tesoro más grande que tengo en la tierra.

A mis ángeles de la guarda, mi bisabuela la partera Mercedes y mis abuelos: Flora, Rafael, Genoveva y Mario.

A cada matrimonio que se trace el desafío diario de mejorar su relación.

A cada mujer gestante por la valentía de apostar por la vida.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. MATERIAL Y MÉTODOS | 26 |
| 2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 26 |
| 2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO | 26 |
| 2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL | 26 |
| 2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES | 28 |
| 2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 29 |
| 2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 32 |
| 2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 33 |
| 3. RESULTADOS | 35 |
| 4. DISCUSIONES | 52 |
| 5. CONCLUSIONES | 56 |
| 6. RECOMENDACIONES | 57 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 58 |
| 8. ANEXOS | 67 |

RESUMEN

OBJETIVO: Comparar la asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo y transversal, en el que se contó con dos grupos: 45 gestantes con depresión (grupo caso) y 45 gestantes sin depresión (grupo control), que cumplieron con los criterios de selección. Se uso de la estadística inferencial mediante la prueba de ji cuadrado de Pearson (X^2), el cual se consideró significativo cuando el valor de p es menor a 0.05.

RESULTADOS: Las gestantes tienen grado de instrucción secundaria (con depresión: 57.8% y sin depresión: 64.4%), ocupación ama de casa (con depresión: 57.8% y sin depresión: 62.2%), estado civil conviviente (con depresión: 62.2% y sin depresión: 60%) y religión católica (con depresión: 71.1% y sin depresión: 82.2%). De acuerdo a las dimensiones, se encontró asociación entre el apoyo emocional ($p=0.000$), el apoyo instrumental ($p=0.001$), el apoyo informacional ($p=0.000$) y el apoyo valorativo ($p=0.000$) con la presencia de depresión en las gestantes. A nivel general, la falta de apoyo por parte de la pareja se asoció significativamente con la presencia de depresión en las gestantes ($p=0.000$), aumentando 7 veces el riesgo de presentarla (OR:7.61).

CONCLUSIÓN: Hay asociación significativa entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017 ($p=0.000$).

PALABRAS CLAVES: Apoyo de la pareja, depresión, embarazo, tercer trimestre, asociación.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Compare the association between the support of the couple and depression in pregnant women of the third trimester of pregnancy attending to the National Maternal and Perinatal Institute in the months of June and July of 2017.

METHODOLOGY: Observational, analytical study of cases and controls, prospective and cross-sectional, in which there were two groups: 45 pregnant women with depression (case group) and 45 pregnant women without depression (control group), who met the selection criteria. The inferential statistic was used by Pearson's chi-squared test (X^2), which was considered significant when the value of p is less than 0.05.

RESULTS: Pregnant women have secondary education (with depression: 57.8% and without depression: 64.4%), housewife occupation (with depression: 57.8% and without depression: 62.2%), civil status (with depression: 62.2% and without depression: 60%) and Catholic religion (with depression: 71.1% and without depression: 82.2%). According to the dimensions, an association was found between emotional support ($p = 0.000$), instrumental support ($p = 0.001$), informational support ($p = 0.000$) and evaluative support ($p = 0.000$) with the presence of depression in pregnant women. At a general level, lack of support from the couple was associated with the presence of depression in pregnant women ($p = 0.000$), increased the risk of presentation 7 times (OR: 7.61).

CONCLUSION: There is a significant association between the support of the couple and the depression in pregnant women of the third trimester of pregnancy attending to the National Maternal and Perinatal Institute in the months of June and July of 2017 ($p=0.000$).

KEYWORDS: Couple support, depression, pregnancy, third trimester, association.

1. INTRODUCCIÓN

La gestación produce cambios en los diferentes ámbitos de la vida de la mujer, los cuales pueden afectar tanto a ellas mismas como a las personas de su entorno más cercano, tales como su pareja y familiares. Se ha llegado a contemplar como una crisis, en cuanto pone en juego la estabilidad emocional de la mujer y su capacidad para adecuarse a las demandas propias del embarazo. Casualmente, también es una etapa en la que existe un conflicto de intereses entre las pretensiones individuales y el deber de asumir una nueva responsabilidad, lo que puede ocasionar dudas sobre la capacidad personal para realizar las atenciones que un nuevo ser demanda. Todo ello marca una tendencia hacia el estrés psicológico, lo que determina que sea una etapa de gran fragilidad y la posibilidad de que surja la depresión¹.

En estos momentos es donde el apoyo social, en especial el de la pareja, juega un rol muy importante de contención, ya que gracias a su ayuda se fortalece el autocontrol, mejora el estado afectivo de la mujer y permite controlar la ansiedad.

Si bien la gran mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de depresión postparto, se evidencia una mayor prevalencia de depresión durante el embarazo, también llamada depresión prenatal. Estadísticas mundiales en el año 2013 revelan que la depresión prenatal que no cursa con un tratamiento es apreciada como un elemento de riesgo para que se produzca la depresión posparto en un 50 a 65%².

También se ha demostrado mediante un estudio prospectivo en el año 2015, que la depresión en el embarazo se sitúa en un 8.6% en países de Europa Occidental, en un 19.5% en Medio oriente y en un 17.5% en Asia del Sur³.

En Latinoamérica, existe una prevalencia de depresión durante el embarazo de 29%; durante el año 2014 en México oscila de 10% a 25% y en Colombia es de 19,2%⁴. En el Perú en el año 2016 se han encontrado a través de diferentes estudios se ha observado, por ejemplo, en el trabajo de Tirado, una prevalencia de riesgo de depresión de 30.5% en las gestantes, donde un 54.5% cursaba

dicho episodio en el segundo trimestre, el 24.2% en el primer trimestre y el 21.2% en el tercer trimestre⁵.

En otro estudio efectuado en Perú en el 2016, se ha detectado diferentes porcentajes de depresión durante cada trimestre del embarazo, tal es el caso que en el primer y tercer trimestre se encontró depresión severa (16% y 11% respectivamente) y moderada (19.35% y 20.59%), mientras que en el segundo trimestre resaltó la depresión moderada (17.1%)⁶.

En la realidad institucional, observada durante la práctica clínica, existen casos de gestantes con trastornos depresivos que son diagnosticados por el personal de psicología en los diferentes servicios de hospitalización; sin embargo, muchos de los casos no son establecidos debido a que el diagnóstico aún no ha sido incorporado sistemáticamente dentro de las atenciones prenatales, siendo subdiagnosticados o presuntamente evidenciados de forma empírica.

Es necesario saber las posibles causas de la depresión durante el embarazo, entre las cuales podría resaltar la falta de apoyo de la pareja, ya que en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal por Mercado y Paccori, la mayoría de gestantes con este diagnóstico son madres solteras sin apoyo de la pareja y, el no tener el apoyo del padre del niño, influye en los cambios de ánimo de las gestantes, pudiendo dar como consecuencia el desarrollo de algún trastorno depresivo ⁷; sin embargo, no existen datos o evidencia científica a nivel institucional que sustente la asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión durante el embarazo.

Otros estudios como el de Rodríguez Ana, May Lolina, Carrillo Milagros, Rosado Ligia, en el 2017, en México, publicaron un trabajo denominado “Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud”, con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores asociados a depresión prenatal, en pacientes de una institución de salud en Mérida, Yucatán. Fue un estudio cuantitativo, transversal y analítico, en el que se tomó como muestra a 258 pacientes. En los resultados se obtuvo una prevalencia de depresión prenatal en un 16.7%, donde las dificultades con la pareja (RM = 4.552), la falta de apoyo emocional (RM = 2.791), vivir en unión libre (RM =

2.980) y eventos adversos como la separación (RM = 8.952) se asociaron con la depresión en las gestantes. De manera específica, hubo falta de apoyo instrumental en un 15.1%, falta de apoyo emocional en un 8.1%, ausencia de interacción social en un 6.2% y falta de apoyo afectivo en un 3.9%; no obstante, la falta de apoyo emocional en la mujer embarazada resultó un componente de riesgo para padecer depresión prenatal⁸.

Zeng Yingchun, Cui Ying y Li Jie en el 2015, China, titulado “Prevalencia y predictores de síntomas depresivos prenatales en mujeres chinas en su tercer trimestre: una encuesta transversal”, que tuvo como objetivo el determinar la prevalencia y los factores asociados a manifestaciones depresivas durante el tercer trimestre de gestación, incluyeron una metodología de corte transversal en la que tomaron como muestra a 292 gestantes que recibían atención prenatal en consulta externa de un hospital de salud materno-infantil. Se evidenció en los resultados que la prevalencia de los síntomas depresivos fue del 28,5% y se hallaron como factores protectores significativos: preparación para el parto (OR = 0,36; 95% IC 0.20-0.63), buena relación con la pareja (OR = 0,40, IC 95% 0,17-0,93) y apoyo social (OR = 0,92, IC 95% 0,88-0,97); mientras que los factores de riesgo significativos fueron: antecedentes de aborto espontáneo (OR = 1.86, IC 95% 1.30-2.66) y la preocupación financiera (OR = 2,33; 95 % CI 1.27 a 4.30)⁹.

Brock Rebecca, O'Hara Michael, Hart Kimberly, McCabe Jennifer, Williamson J, Laplante David, et al. en su investigación ejecutada en Estados Unidos durante el año 2014, tuvieron como resultados que el apoyo recibido por parte de la pareja durante el embarazo debilita la depresión materna desde el embarazo hasta 30 meses después del parto¹⁰.

Diaz Mardorys, Amato Rosanna, Chávez José, Ramirez Mónica, Rangel Shirley, Rivera Lucy, et al. en Venezuela, 2013, realizaron un estudio denominado “Depresión y ansiedad en embarazadas”, obteniendo como resultados que hubo asociación estadísticamente significativa entre la presencia de algún nivel de depresión y el tipo de relación de pareja ($\chi^2=13,52$; $p<0,001$). La probabilidad de presentar algún nivel de depresión entre las gestantes con relación de pareja inestable fue 6,5 veces mayor que el de

aquellas con una relación estable, siendo este hallazgo estadísticamente significativo (OR= 6,55; IC 95%: 2,25 – 19,05). Según el análisis de regresión logística binomial se pudo afirmar que para las embarazadas estudiadas, el hecho de tener una relación emocional estable con su pareja constituyó un factor protector y estadísticamente significativo para prevenir la aparición de depresión (OR=0,108; IC 95%: 0,03 – 0,35)¹¹.

Tirado Luz en el año 2018 en Perú, publicó una tesis titulada “Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el Centro de Salud del Distrito de Mórrope en el período de Julio – Noviembre 2016”, cuyo objetivo fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres gestantes y estudiar los factores psicológicos y sociales asociados. Se trató de un estudio observacional de corte transversal, analítico y prospectivo, que incluyó a 108 gestantes. En los resultados se encontró que la frecuencia de riesgo de depresión en las gestantes fue de 30.6%, siendo los factores asociados: la relación regular familiar (RP: 3.45; IC 95%: 5.66 – 2.11; $p < 0.001$), relación regular con la pareja (RP: 3.94; IC 95% 6.24 – 2.49%; $p < 0.001$) y el antecedente de violencia psicológica (RP: 2.84; IC 95%: 4.87 -1.66; $p < 0.001$).⁵.

Mercado Yisell y Paccori Leonor en Lima 2012 en su tesis “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”, buscaron analizar los factores asociados a la depresión en gestantes; como resultados demostraron que los factores de riesgo con asociación significativa para depresión mayor durante el embarazo fueron la relación regular con la familia (OR=2.8 IC95% 1.4-5.5), la violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC95% 1.4-4.8), entre otros. También encontraron que los factores protectores con asociación significativa fueron la buena relación con la pareja (OR=0.3 IC95% 0.2-0.6), el embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC95% 0.1-0.7), el apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC95% 0.1-0.9)⁷.

El apoyo de la pareja forma parte de la relación de pareja y se refiere a la reciprocidad social de la pareja basado en el apoyo emocional, la capacidad de manifestar asuntos personales a la gestante, la confianza, la seguridad que se siente con el otro, estar dispuesto a compartir aspectos económicos y materiales, etcétera. Este apoyo tiende a aumentar con el tiempo de duración

de la relación debido al intercambio de auto revelaciones y del número de episodios, metas, amistades, emociones, lugares y otras situaciones compartidas¹².

Además, el apoyo contribuye a disminuir los resultados que tiene para la salud un hecho estresante, ello con el propósito de asegurar que se propicien condiciones adecuadas hacia una mejora en la calidad de vida del individuo, prevención de enfermedades y de psicopatologías como la depresión, entre otros¹³.

De acuerdo a la funcionalidad del apoyo de la pareja, este se dimensiona en:

Apoyo emocional: se refiere a las muestras de afecto positivo, a la empatía y al hecho de propiciar expresiones de sentimientos por parte de la pareja, mediante las cuales los individuos experimentan sentirse amados, valorados y respetados.

Apoyo instrumental: también llamado como apoyo material o tangible, se refiere a la provisión de ayuda material como el dinero, alimentación, vivienda y transporte¹⁵.

Apoyo informacional: se refiere al asesoramiento, consejo, información o guía que se ofrece a una persona como por ejemplo la gestante, para que pueda afrontar sus problemas.

Apoyo valorativo: en el cual se proporciona retroalimentación, es decir, mencionarle a una persona que ha hecho un buen trabajo¹⁴.

Este apoyo ejerce una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que estas pueden tener sobre la salud, es decir que las personas con fuerte apoyo de sus parejas tendrán menos efectos negativos en su salud y mayor bienestar¹⁵.

La gestación es un período complejo y lleno de cambios que hace a la mujer (y a su pareja) vulnerable y con gran necesidad de apoyo emocional. Otra observación psico-dinámica frecuente es que la gestante experimenta una cierta “regresión” emocional; es decir, que en general se torna más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas, necesita de más

apoyo por parte de quienes la rodean y tiene mayores necesidades que antes del embarazo. Cuando la familia extendida, no está disponible, este rol recae en el compañero, quien promueve el apego de la madre hacia el bebé. Muchas mujeres experimentan considerable ansiedad respecto al bebé in útero y después del nacimiento por el temor a que el niño muera. Por ejemplo, son frecuentes las pesadillas en que no se encuentra al bebé o algo malo le ha sucedido. Se ha observado que también procesa emociones más intensamente que antes, sobre todo al final del embarazo. Está más vigilante ante signos faciales de amenaza o enojo. Por tanto, podría decirse que la mujer embarazada requiere de un cierto grado de “maternaje” o cuidados maternos para ella misma, que pueden ser proporcionados, como es tradicional, por su propia madre, madrina, una tía, hermanas, suegra, o por la pareja¹⁶.

Mediante un trabajo se encontró que las mujeres con parejas que les brindan su apoyo emocional durante el embarazo mantendrían una estabilidad emocional y fortalecería la relación de pareja¹⁷.

Por otro lado, la influencia de factores psicológicos como la presencia de estrés causado por problemas de pareja y la falta de apoyo de la misma, no favorecen que la mujer se adapte a su nueva situación como gestante y le ocasionan problemas a nivel de su salud mental, habiendo un mayor riesgo que la gestante presente ansiedad o depresión¹¹.

Para Osvaldo Poli (2012), psicoterapeuta familiar y psicólogo, la “falta” o ausencia del padre, física o afectivamente, genera una suerte de “destrucción” de lo materno, un socavamiento de la madre y su maternidad como tal, desde la concepción misma y peor aún durante la gestación. De acuerdo a lo expresado por el autor en base a su experiencia clínica, él descubre un marcado sufrimiento psicológico de la mujer ya que su natural disposición para ser madre necesita de la intervención reguladora propia de la constitución psicológica de un padre, es decir, comprometido con ella, ya que la “mentalidad masculina” puede ayudar de gran manera a que la gestante no se deje arrastrar por su natural disponibilidad ilimitada. Asimismo, este autor denuncia la literatura reduccionista que centra sus enfoques sólo en la madre o sólo en el

niño por nacer, negando la importancia natural del padre para ambos desde la concepción misma¹⁸.

De acuerdo a lo contemplado por el afamado psiquiatra español Aquilino Polaino (2012), toda ausencia del padre desde el embarazo, no sólo rompe el equilibrio entre el Yo-Tú de los progenitores, que al no ser un “Nosotros”, deja “huérfana” la figura masculina a la gestante; sino que esto también impide una plena realización del desarrollo emocional de la gestante, ello tendrá graves consecuencias en la formación del Yo-Madre frente a los hijos “a posteriori”. El autor remarca que ambos sexos, como natural diversidad (fisiológica y psicológica), promueve – en un ámbito de amor y compromiso – la necesaria complementariedad. Afirma que toda mujer requiere de esta complementariedad para afrontar una etapa tan especial de su vida, como lo es el de la maternidad¹⁸.

Para saber si una relación de pareja es funcional se debe tener en cuenta los siguientes aspectos: debe haber una adecuada capacidad en el uso de estrategias para la resolución y afrontamiento de los conflictos conyugales, interés apropiado por la nutrición relacional propia y la de los hijos (si los hay), adecuada expresión de los sentimientos, preferencias u opiniones, altos grados de autorregulación, percepción del otro y de sí mismo como seres de identidades propias y de necesidades particulares, así como una valoración mutua¹⁹.

Dentro de este apartado es importante evaluar los siguientes aspectos de la relación de pareja:

Estado civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil. En este se puede develar que una pareja esté conviviendo o no, incluso si está casada²⁰.

Estabilidad con la pareja: Está íntimamente ligada con el quehacer cotidiano, la convivencia de todos los días, los gustos en común o la manera de negociar con ello. En el cual se involucra la afectividad y el equilibrio psicológico de las

dos personas. Se entiende por pareja estable a aquella que tiene varios años juntos e inestable a aquella en la cual ha habido separaciones en el tiempo²¹.

Amor conyugal: se refiere al amor plenamente humano, es decir, sensible y espiritual al mismo tiempo. No es por tanto una simple efusión del instinto y del sentimiento, sino que es también y principalmente un acto de la voluntad libre, propuesto a mantenerse y a crecer mediante las alegrías y los dolores de la vida cotidiana, de forma que las parejas se conviertan en un solo corazón y en una sola alma y juntos alcancen su progresión humana". ²²

Debido a que el amor conyugal se da entre dos personas, el amor es la expresión del ser personal de cada uno y el amarse es el entregarse (donar el ser personal al otro) con el fin de lograr la mejor versión del otro y la búsqueda constante de la plenitud. Puesto que el hombre está formado de cuerpo, afectividad y espíritu, el amor tiene estas tres formas de expresarse:

Amor físico: son los actos que permiten la procreación humana implican una atracción física que se traduce en expresiones de afecto y caricias que terminan en el acto conyugal (unión de los cuerpos en el acto sexual). Se entiende que luego de unir las dimensiones emocional y espiritual del ser durante la convivencia diaria, el anhelo de pertenecer el uno al otro culmine en una entrega total con la expresión sexual del amor en el acto conyugal. ²³

Amor emocional: el ser humano necesita sentirse querido y estimado, y esto se logra mediante expresiones de afecto. Este clima de mutua cordialidad permitirá profundizar en el amor y sentirse más unido al otro, para ello es importante saber expresar el amor con pequeños detalles que ameritan atención, tiempo, planificación y cuidado en el actuar y en las palabras. Detalles como escuchar con atención, controlar el mal genio o restar importancia al mal humor que es pasajero, ayudan a ganar en generosidad, entrega, humildad y sacrificio que permitirán finalmente la felicidad, paz y alegría en el diario vivir. ²³

Amor espiritual: permite la comprensión entre la pareja mediante la integración de la inteligencia y la voluntad para lograr objetivos personales y comunes siguiendo una escala de valores y principios de mutuo acuerdo. Es importante

dar cabida a los ideales del otro y ayudarse mutuamente a lograrlo. La unión espiritual necesitará de comprensión, paciencia, respeto e intimidad. Además, es necesario conocer la complementariedad psicológica entre el varón y la mujer para una adecuada comprensión de reacciones frente a diversas situaciones.²³

En un estudio realizado por Méndez se halló que los varones muestran mayor afecto, tiempo y acomodación que las mujeres ante los conflictos de pareja; sin embargo, ellas perciben, en mayor medida, situaciones conflictivas, así como mayor intimidación y humillación/devaluación por parte de sus parejas²⁴.

Para efectos del presente estudio, el apoyo durante el embarazo será dimensionado de la siguiente manera:

Apoyo emocional durante el embarazo: Está relacionado con el afecto, la empatía, el cuidado, el amor y la confianza y todo aquello que sea necesario para satisfacer las necesidades emocionales de la gestante, por parte de la pareja. Este es uno de los mayores tipos de apoyo que permite mantener un buen estado psicológico durante esta etapa^{25, 26}.

Este apoyo proporcionado por la pareja incrementa el vínculo afectivo con la madre y con el futuro bebé²⁷.

Entre sus indicadores resaltan:

Sentirse amada: De este indicador se desprende el amor, el cual se trata de un acto de la voluntad libre que se inclina hacia la entrega total. Ello se logra mediante acciones, palabras y/o actitudes realizadas por la pareja que hagan que la gestante se sienta amada²⁸.

Sin embargo, cuando se descuidan estas expresiones de amor, puede haber la percepción de que la relación de pareja deja ser placentera, ello empeora cuando no se logra comunicar al otro por temor a discusiones. La percepción que tiene uno del otro es negativa, incluso las cosas que antes parecían agradables se juzgan como inaceptables e incluso como ataques. Es cuando deben reanudarse los sacrificios por el otro puesto que el amor es una decisión constante a los largo del tiempo²⁹.

Asimismo, cuando en la pareja no se logran comprender los distintos intereses, hay desconfianza, malos entendidos, insatisfacción constante, frustración y/o debilitamiento y estos síntomas no son atendidos pues no se ponen los medios entonces, hay un mayor riesgo de ruptura en la relación de pareja³⁰.

Sentirse apreciada: Se refiere a la capacidad de reconocer y valorar el logro o la etapa que atraviesa una persona, el cual debe manifestarse por parte de la pareja o de las personas que rodean a la gestante³¹.

Sentirse respetada: Involucra el valor del respeto, es decir, el hecho de admitir, apreciar y valorar las cualidades o virtudes de la gestante por parte de la pareja y sus familiares³².

Empatía: Se refiere a la capacidad de entender los sentimientos e impresiones de la gestante³³.

Sentirse cuidada: Se refiere a la satisfacción de la gestante cuando su pareja le presta atención y esta se efectúa de una manera recíproca³⁴.

Sentir confianza: Representa un sentimiento, a través del cual se plasman las relaciones interpersonales con la pareja, basado en la seguridad hacia la otra persona³⁴.

Apoyo instrumental: Es aquel tipo de apoyo por parte de la pareja en el que se ofrece ayuda material como dinero (apoyo económico), alimentación y vivienda o se contribuye al estímulo para acabar su trabajo y cubrir las necesidades de la gestante durante el embarazo, además de problemas^{25, 26}.

Posee como indicadores los siguientes:

Recursos económicos: Se contemplan a las pertenencias materiales (dinero) o inmateriales (seguro de salud, atención prenatal, etc.) que ayudan a cubrir los requerimientos de la gestante³⁵.

Nutrición: Se refiere al consumo de alimentos de acuerdo a las necesidades dietéticas del organismo de una gestante, que garanticen una buena salud y el mantenimiento de las constantes vitales³⁶.

Vivienda: Se refiere al ambiente físico, cerrado y cubierto que tiene la finalidad de resguardar a las personas que ahí habitan³⁷. En este caso puede ser la gestante y su pareja y/ o sus familiares.

Ayuda en las labores domésticas: Se refiere al hecho de proporcionar colaboración en aquellas tareas del hogar³⁸.

Recreación: Se trata de actividad voluntaria que se lleva a cabo en un tiempo no productivo con la finalidad de divertirse, entretenerse, distraerse³⁹.

Apoyo informacional: Es el apoyo mediante el cual se recibe información útil para afrontar un problema. De esta manera, se cuenta con conocimiento de un contexto específico que permite decidir entre varias alternativas^{40, 41}.

Cuando la gestante recibe un consejo o guía cognitiva le ayuda a definir, enfrentar y disponer de las opciones de solución ante eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la pareja.

Incluye como indicadores:

Brinda consejo: Hace referencia a la percepción u opinión que se manifiesta para guiar una actividad de una forma peculiar⁴².

Proporciona información: Se refiere al hecho de enterar o dar noticia de algo⁴³. De esta manera, la gestante recibe un conjunto de datos con la finalidad de conseguir sustento para su actuar.

Apoyo valorativo: Se refiere a la sensación percibida por la gestante en la que puede contar con su pareja y sentirse acompañada socialmente, además de contar con información relevante para la autoevaluación o las comparaciones sociales¹⁴.

Por ejemplo, el hecho de resaltar las cosas que ha hecho bien y contar con el apoyo incondicional de su pareja, con el fin de erradicar sus desconfianzas.

Como se ha mencionado, el embarazo supone un proceso de adaptación que pondrá a prueba las capacidades de la mujer para afrontar cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden tener un efecto directo en el estado general de la madre. Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad, que en principio retarda el cumplimiento de

esos deseos; sin embargo, si se tiene las herramientas necesarias se podrán replantear y realizar en el momento más adecuado para la futura madre. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, por lo que hay una mayor predisposición para que haya estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión².

Según el Ministerio de Salud del Perú se han perdido 5 800 949 Años de Vida Saludables [AVISA] (192.5 por cada 1,000 habitantes) por problemas de salud mental⁴⁴.

Además, a nivel mundial se reporta que hay más de 300 millones de personas que viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas⁴⁵.

La Organización Mundial de Salud define a la depresión como un trastorno mental usual, que se determina por la presencia de tristeza, pérdida de rendimiento o placer, sentimientos de culpa o disminución de amor propio, desórdenes del sueño o del apetito, impresión de cansancio y falta de concentración, el cual puede hacerse crónico o recurrente y dificultar el desempeño⁴⁶.

Mediante la bibliografía se ha observado una prevalencia de 10% - 15% de depresión en las mujeres, siendo mayores los casos durante sus años fértiles y la etapa perinatal. La gestación puede, probablemente, llevar el inicio de la depresión en algunas mujeres, debido a los cambios en los niveles hormonales durante este periodo y el estrés que acarrea este gran evento en la vida⁴⁷.

Entre los factores que pueden activar la aparición de la depresión en el embarazo se encuentran: variaciones hormonales, antecedentes familiares o personales de depresión, haber presentado abortos, malas relaciones de pareja, víctima de agresión verbal, sexual, físico o emocional, momentos estresantes, entre otros⁴⁸.

El estrés psicológico es un mecanismo de respuesta normal frente a las intervenciones del ambiente en aquellas circunstancias en las que el individuo

piensa que no posee los medios para poder superar determinadas trabas, lo cual de manera excesiva puede llevar cambios progresivos del ánimo, ansiedad y depresión⁴⁹.

Por ello, a continuación, se detallará la relación entre la depresión y el estrés. Existe una cascada bioquímica en el organismo de la gestante cuando está expuesta a situaciones de estrés. El hipotálamo segrega la hormona CRH (Factor de liberación de corticotropina) que envía a la pituitaria la indicación para producir ACTH (Adrenocorticotropina). La ACTH viaja hacia las glándulas suprarrenales y le ordena segregar cortisol; finalmente el cortisol produce la liberación de glucosa en el torrente sanguíneo lo que provee de energía a los músculos para que puedan estar listos y responder ante alguna amenaza externa. Este mecanismo es necesario para actuar en situaciones de peligro; sin embargo, cuando la madre experimenta un estrés elevado como en el caso de un trastorno depresivo, la placenta, que se comportaba como barrera para el cortisol, ya no soporta una elevada concentración de esta hormona y logra pasar hacia la circulación del feto, afectando en especial el desarrollo cerebral del bebé durante todo el embarazo⁵⁰.

La mayoría de la evidencia señala que las principales causas de depresión en el embarazo o en el postparto son de índole psicosocial; es decir que la situación real en que se encuentra la gestante o la mujer que acaba de dar a luz es la que determina que sufre depresión. Entre los principales factores de riesgo se encuentran¹⁶:

Una pareja que no ofrezca apoyo emocional a la compañera. Aunque el compañero esté presente en la casa, la mujer no puede hablar con él de cómo se siente, o éste solo le dice que no piense en esas cosas y que trate de sentirse mejor. Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su esposa dice sentirse triste, abrumada, incierta sobre cómo cuidar al bebé o con miedo al futuro¹⁶.

Otro factor de riesgo es no tener un compañero o ser madre soltera¹⁶.

Antecedentes de pérdidas tempranas. Esto puede involucrar haber perdido a uno de sus padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono o separación¹⁶.

Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia: Estas expectativas predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. No se trata de fenómenos tan raros; se piensa que alrededor del 15 a 20% de mujeres ha sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta. Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional importante en la persona e incluyen negligencia, abuso psicológico, críticas excesivas por un progenitor, así como maltrato físico y sexual¹⁶.

Aislamiento social. Es decir, el hecho de que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente. También que tenga poca oportunidad de contar con su familia extendida (su madre, padre, hermanos, otros parientes) o poco contacto con amigas o compañeras que pudieran ayudarla o escucharla¹⁶.

Factores de estrés socioeconómico. Dificultades económicas, no poder pagar los diversos servicios esenciales (corriente eléctrica, etc.) o el acceso a servicios como los cuidados médicos. Otros son vivir en un medio habitacional difícil, peligroso, donde haya pocas oportunidades de recreación¹⁶.

Atención de otros niños pequeños en su hogar: Los niños pequeños requieren de una gran inversión de tiempo y cuidados, y si hay varios de ellos antes del presente embarazo pueden causar que la gestante se sienta abrumada¹⁶.

Mala relación con los padres o separaciones prolongadas (pérdida de uno o ambos padres en la infancia): Una mujer que ha tenido falta de relación con sus padres puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida cuando ella misma esté a punto de hacer la transición a la parentalidad¹⁶.

Episodios depresivos previos¹⁶. La evidencia demuestra haber presentado episodios depresivos en el pasado aumenta el riesgo de presentarlos en el futuro en comparación con las personas que no han sufrido de este trastorno del ánimo previamente.

Esta condición en la gestación posee manifestaciones clínicas similares a la depresión que se presenta en otros momentos de la vida. Se caracteriza por una falta de interés en realizar actividades que antes le resultaban agradables, sentirse con desgano o agotamiento persistente, alteraciones como insomnio o

hipersomnia y extremos en la conducta alimenticia (falta o aumento del apetito), menor capacidad de concentración que afecta su rendimiento laboral, irritabilidad emocional exacerbada, quejas físicas recurrentes, mayor consumo de sustancias nocivas para el organismo y manifestación de ideas de culpa o desesperanza⁵¹.

Entre los síntomas de la depresión en el embarazo se encuentran: ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o pérdida de interés en, o de la capacidad de disfrutar actividades que la persona habitualmente realizaba. Otros síntomas de depresión son: la fatiga o la falta de energía, la inquietud o sensación de enlentecimiento, el sentimiento de culpa o minusvalía, la dificultad para concentrarse, las alteraciones del sueño y los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio⁵².

La depresión en la gestante puede traducirse en cambios conductuales como el abandono a las atenciones prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la falta de cumplimiento a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, lo que podría afectar el desenlace obstétrico. Ya que algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados obstétricos adversos⁵².

Estudios evidencian la relación entre depresión durante el embarazo y casos de parto pretérmino, recién nacidos pequeños para la edad gestacional, bajo peso, entre otros⁵².

Por otra parte, el trastorno depresivo en la etapa prenatal es uno de los factores de riesgo para condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño hasta su edad adulta. Se sabe que elevados niveles de cortisol en el ambiente fetal podrían condicionar un deterioro del desarrollo cerebral del bebé durante todo el embarazo, dando como resultado niños con problemas a la hora de planificar sus acciones de forma eficiente, problemas emocionales, etc.⁵³

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), es una herramienta útil para la identificación del riesgo de depresión en el período posnatal⁵¹.

Este instrumento ha sido validado y utilizado en el postparto en muchos países, aunque posee validaciones en el embarazo. Se trata de una escala auto administrada de 10 ítems, en la que se le solicita a la mujer que responda cómo se ha sentido; para cada interrogante se consigue un puntaje de 0-3 (de modo que el rango del puntaje final es de 0-30) y tiene una duración aproximada de tres a minutos⁵².

A través de estudios, como el de Díaz et al. (2013) se ha evidenciado que la presencia de apoyo por parte de la pareja se asocia como factor protector para la depresión en el embarazo, pues las gestantes que presentan una relación emocional estable con su pareja tienden a tener menores índices de depresión¹¹.

En cambio, en nuestro país, Tirado (2018) hallaron que la relación regular con la pareja se asocia con la depresión en la gestante⁵.

El desequilibrio en la salud mental perinatal es un aspecto que sin lugar a duda preocupa tanto a profesionales de la salud, a las gestantes, a su familia y a la comunidad, debido a las consecuencias nefastas de morbi-mortalidad para la misma gestante, la puérpera, el feto y recién nacido tanto a corto, mediano y largo plazo.

Basados en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que es uno de los lineamientos fundamentales que el Ministerio de Salud del Perú viene implementando durante el período 2002 – 2012⁵⁴, el presente trabajo busca ser parte de un enfoque de atención integral (salud mental de la gestante) con énfasis en la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños. Así mismo, ser parte de la corriente de revalorización de la importancia del rol del padre en la triada padre-madre-niño.

El plantear la comprobación de la relación, entre la percepción del apoyo de la pareja y la depresión mayor durante el embarazo, incidirá en fijar la atención en el fortalecimiento del apoyo de la pareja como factor protector de la depresión durante el embarazo. Se podrá incidir en la urgencia de la elaboración de programas de salud perinatal con la participación interdisciplinaria, como el tamizaje a toda la población gestante con el fin de prevenir los riesgos ya mencionados. Por lo tanto, generará beneficios expresados en revalorar el rol

de la pareja durante la etapa perinatal, en intentar fortalecer la relación de pareja y de la nueva familia, para que de esta forma la salud mental de los futuros niños esté protegida de forma eficaz y efectiva.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación plantea enriquecer el concepto de apoyo social, añadiendo la provisión valorativa; así mismo, propone una definición operativa del término: percepción del apoyo de la pareja durante el embarazo.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación estará generando la aplicación de un nuevo instrumento para evaluar los diferentes tipos de apoyo que puede brindar la pareja a la gestante durante el embarazo; esto permitirá generar conocimiento válido y confiable dentro de las áreas de Obstetricia y Salud Mental Perinatal.

Por lo tanto, en cuanto a su alcance, esta investigación abrirá nuevos caminos para el análisis del impacto del rol de la pareja durante el embarazo en la salud integral, específicamente mental, de la gestante. Finalmente busca promover el autocuidado y compromiso de la pareja en complementariedad con su salud y la de su futura familia.

Es así que para la realización del presente trabajo de investigación se llevó a cabo la siguiente pregunta: ¿Cuál es la asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017?

¿Cuál es la asociación entre el apoyo emocional de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017?

¿Cuál es la asociación entre el apoyo instrumental de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017?

¿Cuál es la asociación entre el apoyo informacional de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017?

¿Cuál es la asociación entre el apoyo valorativo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017?

Definición de términos

Gestación: Es el período fisiológico durante el cual se lleva a cabo el desarrollo embrionario y fetal, que se inicia con la concepción y culmina con el nacimiento del bebé. Consta de cuatro períodos: concepción, implantación, gestación propiamente dicha (también llamada embarazo según la Organización Mundial de la Salud) y la preparación para el parto. ⁵⁵

Eventos estresores: Son aquellas situaciones sobre la que los individuos tienen una respuesta fisiológica y psicológica para adaptarse ante un suceso desconocido y que implica el uso de recursos y capacidades para hacer frente a las nuevas exigencias.⁵⁶

Apoyo social: Se refiere a la interrelación personal en el que el sujeto adquiere ayuda emocional, instrumental o económica de del grupo social en el que se encuentra.²⁶

Amortiguamiento: Se define como aquello que permite atenuar las reacciones individuales a los impactos adversos de una situación. En el caso de depresión hay evidencias de que el apoyo social actúa como efecto amortiguador para prevenir la aparición o prevenir la gravedad de síntomas depresivos.^{57, 58}

Maternaje: Se refiere a la conformación psicosocial del rol materno o ejercicio de la crianza, es decir asistir, salvaguardar y brindar amor a los hijos. ⁵⁹

Objetivos:**Objetivo general:**

Comparar la asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar la asociación entre el apoyo emocional de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo.
- Determinar la asociación entre el apoyo instrumental de la pareja y la depresión en gestantes del tercer apoyo de embarazo.
- Identificar la asociación entre el apoyo informacional de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo.
- Establecer la asociación entre el apoyo valorativo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo: observacional.

Diseño: estudio analítico de casos y controles.

Características del diseño: transversal y prospectivo.

Alcance de la investigación: relacional. ⁶⁰

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3214 gestantes del tercer trimestre atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de junio y julio del año 2017. (Datos de la oficina de estadística e informática del INMP 2017 que refieren que el promedio de atenciones mensuales es 1607).

UNIDAD DE ANÁLISIS

Gestante con y sin depresión del tercer trimestre atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de junio y julio del año 2017.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Tamaño Muestral:

Como el estudio es de casos y controles se tuvo dos grupos, uno conformado por gestantes del tercer trimestre con diagnóstico de depresión (Grupo caso) y un grupo que no presente diagnóstico de depresión (Grupo control).

Para poder calcular el tamaño muestral se debió hacer uso de la fórmula de comparación de dos proporciones, la cual es recomendable para estudios de casos y controles:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Considerando los siguientes parámetros estadísticos:

- n: sujetos necesarios en cada una de las muestras.
- Z_{α} : es el valor z correspondiente al riesgo $\alpha = 0.05$ (95%)
- Z_{β} : es el valor z correspondiente al riesgo $\beta = 0.2$ (80%)
- P_1 : es el valor de la proporción en el grupo control (50%, es la máxima prevalencia cuando no existe proporción conocida).
- P_2 : proporción en el grupo caso = 0.22 (22.4% prevalencia de casos de depresión en las gestantes que tuvieron mala relación y falta de apoyo de la pareja (Luna, 2009 en el INMP)).

P: es la media de las dos proporciones P_1 y P_2

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0.50 + 0.22}{2} = \frac{0.72}{2} = 0.36$$

Además, se consideró valores como:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

Riesgo de cometer un error de tipo I 95%.

$$Z_{1-\beta} = 0.84$$

Riesgo de cometer un error de tipo II 80%.

Cada muestra de los grupos estuvo conformada por 45 gestantes del tercer trimestre atendidas en el INMP.

Unidad de muestreo:

En el grupo de casos: 45 gestantes con depresión del tercer trimestre atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de junio y julio del año 2017.

En el grupo de controles: 45 gestantes sin depresión del tercer trimestre atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de junio y julio del año 2017.

Tipo de Muestreo: probabilístico, aleatorio simple. Se realizó tomando cada 5 pacientes que acudieron a los consultorios externos de Obstetricia del INMP.

Criterios de selección:

Para los casos

Criterios de Inclusión

- Gestante que acepta participar en el estudio
- Gestante entre las 28 a 41 semanas (tercer trimestre)
- Gestante de edad entre 20 a 35 años.
- Gestante con pareja viva.
- Gestante con resultado positivo a la determinación de depresión.

Criterios de Exclusión

- Gestante con patologías maternas diagnóstica en el tercer trimestre.
- Gestante sin instrucción.

Para los controles

Criterios de Inclusión

- Acepta participar en el estudio
- Gestante entre las 28 a 41 semanas (tercer trimestre)
- Edad entre 20 a 35 años.
- Gestante con pareja viva.
- Resultado negativo a la determinación de depresión

Criterios de Exclusión

- Gestante con patologías maternas diagnóstica en el tercer trimestre.
- Gestante sin instrucción

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Definición conceptual de variables

Según la bibliografía de José Supo las variables a nivel relacional se denominan variable de supervisión y variables asociadas.⁶¹

Variable asociada: apoyo de la pareja.

Es el conjunto de provisiones emocionales, instrumentales, informacionales y valorativas que puede brindar la pareja, y son percibidas y valoradas por la gestante; estas provisiones se facilitan durante el proceso del embarazo.²⁶

Variable de supervisión: Depresión durante el embarazo

Se define como aquellos síntomas depresivos cognoscitivos (risa, disfrute, culpa, ansiedad, pánico, desesperanza, infelicidad, tristeza, llanto e ideación suicida) de un episodio depresivo que la gestante ha presentado en los últimos quince días.⁵¹

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnicas

La técnica utilizada fue la encuesta que consiste en obtener información de los sujetos de estudio proporcionada por ellos mismos.

Instrumentos

Para la recolección de los datos de la depresión durante el embarazo y apoyo de la pareja se empleó un cuestionario estructurado y para la determinación de la recopilación de los datos generales se empleó la observación documental

- El primer instrumento fue la **ficha de recopilación de datos**.

Esta ficha tuvo ítems relacionados a los criterios de pareamiento (2 preguntas) que fueron el **distrito de procedencia** y la **región de nacimiento**; asimismo, se recolectaron las características sociales (5 preguntas) de las gestantes del tercer trimestre, los cuales permitieron caracterizar a las encuestadas.

- El segundo instrumento que se aplicó fue la **Escala de Depresión Perinatal Edimburgo (EPDS)**:

La Escala de Depresión Posnatal Edimburgo ha sido validada para el uso en poblaciones obstétricas este instrumento fue diseñado en el año 1987 para la exploración de depresión posnatal en muestras de la comunidad. Desde entonces ha sido validada tanto para poblaciones gestantes como para no gestantes. En el año 2008, la Escala de Edimburgo fue validada para ser aplicada en población gestante con una sensibilidad de 90% y especificidad del 82%.

Esta escala auto aplicable consta de 10 ítems, que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica con un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas. El puntaje total máximo posible es de 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estas preguntas incluyen la disforia, 2 están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración⁶².

Según los resultados obtenidos se pueden clasificar en:

- Sin depresión: menor de 10 puntos.
- Riesgo para depresión: de 10 a 12 puntos.
- Con depresión; mayor o igual a 13 puntos.

El tiempo de llenado fue aproximadamente de 5 minutos.

- El tercer instrumento a aplicar fue un **cuestionario de apoyo de la pareja durante el embarazo**, la cual estuvo estructurada en 4 partes, según las dimensiones propuestas; la primera parte correspondió al apoyo emocional brindado por la pareja, el cual estuvo conformado por 18 ítems y evaluaron que tan amada, respetada cuidada y en confianza se siente la gestante por su pareja. La segunda parte correspondió al apoyo instrumental brindado por la pareja, el cual estuvo conformado por 14 ítems y evaluaron la percepción de las necesidades materiales y

de colaboración cubierta por la pareja. La tercera parte correspondió al apoyo informativo brindado por la pareja, el cual estuvo conformado por 6 ítems y evaluó el grado de información de la pareja. La cuarta parte correspondió al apoyo valorativo brindado por la pareja, el cual estuvo conformado por 7 ítems y evaluó si éste le hace sentir importante y si exalta las cosas positivas que realiza la gestante.

Cada una de estas preguntas tuvieron respuestas dicotómicas: **Si**, si la característica de la pareja evaluada es la que percibe la gestante y **No**, si es que la característica no la ha percibido durante el desarrollo de su gestación.

Para categorizar cada una de las dimensiones (apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo informativo y apoyo valorativo) y la variable apoyo de la pareja, se consideró como “Adecuado = 1”, cuando se halla alcanzado un puntaje mayor a la media de los resultados para cada uno de estos, y “Inadecuado = 0” cuando el puntaje fue menor o igual a la media. (Ver Anexo VIII)

Validación del instrumento

El único instrumento que fue validado fue el cuestionario de apoyo emocional, puesto que las fichas de recopilación no necesitan pasar por este proceso y la escala de Edimburgo ya está validada.

El **cuestionario sobre apoyo de la pareja** fue validado en dos etapas:

- **Validez de contenido:** mediante Juicio de Expertos; se aplicó el Método de Agregados Individuales. En donde 6 profesionales expertos en el tema dieron su opinión sobre las premisas propuestas y evaluaron si lo establecido es suficiente para cumplir los objetivos del estudio.

El análisis fue realizado a través de la prueba binomial con el objetivo de evaluar la validez del íntegro de preguntas de la encuesta, dando como resultado el hallazgo de evidencias estadísticas que confirman la concordancia favorable entre los seis jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.05$) de los criterios 1, 2, 3, 5, 6 y 7. Los criterios: 4 y 8

tienen un $p > 0.05$, por lo tanto, sí no existe concordancia para estos pautas, teniendo que evaluar las observaciones y realizar los cambios respectivos, y así poder continuar con el siguiente paso.

- **Confiabilidad del instrumento:** se realizó una prueba piloto y los resultados se analizaron mediante la prueba de Kuder Richarzon, prueba estadística para evaluar la confiabilidad de los instrumentos con respuestas dicotómicas (Si, No).

Valores para verificar confiabilidad del instrumento:

0,70 a 1,00 *Muy Fuerte*

0,50 a 0,69 *Sustancial*

0,30 a 0,49 *Moderada*

0,10 a 0,29 *Baja*

0,01 a 0,09 *Despreciable.*

Para la confiabilidad del instrumento Cuestionario de Apoyo a la pareja, el puntaje de Kuder Richardson resultó 0.954 lo cual indica que el instrumento tiene una excelente confiabilidad.

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Plan de recolección de datos

Para la recolección de la información, en primera instancia se debió proceder a solicitar la aprobación del proyecto de tesis, a la facultad de medicina quienes emitieron una resolución donde se aprobó la ejecución del informe.

Posteriormente, se procedió a realizar los trámites administrativos en la dirección del hospital para aplicar los cuestionarios en la población seleccionada.

Una vez aceptada la aplicación de este proyecto, se procedió a identificar la población de estudio basado en los criterios de selección. Después de ello se procedió a brindar el consentimiento informado a las gestantes, se les realizó la lectura del mismo, luego se comprobó la comprensión del documento y finalmente se realizó la absolución de preguntas y firma del mismo, entregándoles una copia del consentimiento a la gestante.

Posteriormente, se aplicó la ficha de recolección de datos, la escala de Edimburgo y el cuestionario de la percepción del apoyo de la pareja.

Al término de las encuestas, se identificó el grupo de gestantes expuestos a depresión y el grupo de gestantes de no expuestos a depresión y en cada grupo se evaluó la percepción que tienen sobre el apoyo de la pareja durante la gestación.

Análisis de datos

Para la tabulación de la información obtenida se utilizó el programa SPSS versión 22.0 donde se analizaron los datos y el programa Microsoft Excel 2013 donde se realizaron los gráficos de ciertos resultados.

El procesamiento de los datos se realizó utilizando la estadística descriptiva como distribución de frecuencias absolutas y relativas (análisis de variables cualitativas), medidas de dispersión y tendencia central (análisis de variables cuantitativas). Luego se procedió al uso de la estadística inferencial mediante la prueba de tablas de contingencia de ji cuadrado de Pearson (X^2) para establecer independencia o no independencia de las variables a estudiar. Para estimar la probabilidad del evento se empleó el Odd Ratio.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Participación de personas (seres humanos): el presente proyecto incluye la participación de seres humanos, por lo que se solicitó la aprobación por el comité de ética de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia y de la oficina de Docencia e Investigación del INMP en donde se planifica aplicar el trabajo.

Proceso del consentimiento informado: los procesos de recolección de datos que amerita el presente proyecto involucran la participación de seres humanos, por lo que se hizo necesario la elaboración de un consentimiento informado el cual fue expuesto, firmado y entregado a cada gestante que acepte de forma libre a participar del proyecto.

Reclutamiento de los pacientes: la investigación no discriminó a los participantes para el estudio, el primer punto de no discriminación es que se captaron todos los casos que aceptaron ingresar al estudio en el periodo establecido. Para garantizar la no coacción de los participantes, además de la aplicación del consentimiento informado al inicio, se pidió el consentimiento en la aplicación de cada instrumento.

Pago a los participantes: por ser un estudio de pregrado, de acuerdo con la Institución y con el objetivo de garantizar una mejor atención en el servicio de obstetricia de dicha Institución no fue estipulado el pago a las gestantes participantes.

Confidencialidad de la información obtenida: en todo momento las preguntas se mantuvieron con total confidencialidad, por lo que no se pidió nombres y apellidos de cada uno de ellas, sino que se asignaron un número ID para cada participante.

Informe de los resultados de los cuestionarios a realizar: se entregó un informe oral de los datos positivos hallados para cada paciente en la investigación.

3. RESULTADOS

Tabla N°1:

Características sociodemográficas de las gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | | DEPRESIÓN | | | |
|--|---------------------------|------------------|---------------|-----------|---------------|
| | | Si | | No | |
| | | N | % | N | % |
| NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | 26 | 57.8% | 29 | 64.4% |
| | Superior técnico | 9 | 20.0% | 6 | 13.3% |
| | Superior universitario | 10 | 22.2% | 10 | 22.2% |
| OCUPACION | Ama de casa | 26 | 57.8% | 28 | 62.2% |
| | Profesional técnico | 7 | 15.5% | 6 | 13.3% |
| | Profesional universitario | 5 | 11.1% | 7 | 15.6% |
| | Negocio independiente | 4 | 8.8% | 2 | 4.4% |
| | Estudiante y trabajador | 2 | 4.4% | 0 | 0.0% |
| ESTADO CIVIL | Estudiante | 1 | 2.2% | 2 | 4.4% |
| | Casada | 17 | 37.8% | 18 | 40.0% |
| | Conviviente | 28 | 62.2% | 27 | 60.0% |
| | Católica | 32 | 71.1% | 37 | 82.2% |
| RELIGION | Evangélica | 7 | 15.6% | 6 | 13.3% |
| | Ninguna | 6 | 13.3% | 2 | 4.4% |
| TOTAL | | 45 | 100.0% | 45 | 100.0% |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la tabla N°1 se describen las características sociodemográficas de las gestantes del tercer trimestre con depresión (grupo caso) y sin depresión (grupo control), encontrando lo siguiente: la mayoría de las gestantes tiene grado de instrucción secundaria (con depresión: 57.8% y sin depresión: 64.4%), es ama de casa (con depresión: 57.8% y sin depresión: 62.2%), es conviviente (con depresión: 62.2% y sin depresión: 60%) y es de religión católica (con depresión: 71.1% y sin depresión: 82.2%)

Tabla N°2:

Características obstétricas de las gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal

| DATOS OBSTETRICOS | DEPRESIÓN | |
|---|----------------------|----------------------|
| | Si | No |
| | <i>X ± DS</i> | <i>X ± DS</i> |
| Edad gestacional | 30,8 ± 5,0 | 31,2 ± 3,1 |
| Número de gestaciones | 1,9 ± 0,8 | 2,0 ± 0,9 |
| Número a partos vaginales | 0,4 ± 0,7 | 0,6 ± 0,8 |
| Número a partos por cesárea | 0,0 ± 0,3 | 0,1 ± 0,3 |
| Número de abortos espontáneos | 0,3 ± 0,6 | 0,3 ± 0,6 |
| Número de abortos provocados | 0,0 ± 0,2 | 0,0 ± 0,2 |
| Numero de prematuros | 0,0 ± 0,0 | 0,0 ± 0,0 |
| Número de hijos vivos | 0,5 ± 0,7 | 0,7 ± 0,9 |
| Número de controles prenatales | 4,4 ± 1,3 | 4,3 ± 1,4 |
| Número de controles prenatales en el I trimestre | 1,0 ± 0,9 | 1,4 ± 0,9 |
| Número de sesiones de psicoprofilaxis obstétricas | 1,4 ± 1,8 | 1,9 ± 2,1 |
| Número de sesiones de estimulación prenatal | 1,0 ± 1,7 | 1,6 ± 2,0 |
| Peso antes del embarazo | 57,2 ± 3,7 | 56,6 ± 4,2 |
| Talla antes del embarazo | 160,4 ± 6,0 | 159,1 ± 5,8 |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

Acerca de los datos obstétricos de las gestantes, se evidencia que la edad gestacional promedio en el grupo caso es de 30,8 y en el grupo control de 31,2; el número de gestaciones promedio es de 1,9 en las gestantes con depresión y de 2,0 en las gestantes sin depresión; el número de partos vaginales promedio en el grupo caso es de 0,4 y en el grupo control de 0,6; el número de partos por cesárea promedio en el grupo caso es de 0,0 y en el grupo control de 0,1; el número de abortos espontáneos promedio es de 0,3 tanto para el grupo caso como control; el número de abortos provocados promedio es de 0,0 tanto para el grupo caso como control; el número de prematuros promedio es de 0,0 en ambos grupos; el número de hijos vivos promedio es de 0,5 en el grupo depresión y de 0,7 en el grupo sin depresión. Respecto al número de controles prenatales promedio, el grupo caso tiene 4,4 atenciones prenatales y el grupo control 4,3; el número de controles prenatales promedio en el primer trimestre es de 1,0 en el grupo con depresión y de 1,4; el número de sesiones de

psicoprofilaxis obstétrica promedio es de 1,4 en el grupo caso y de 1,9 en el grupo control; el número de sesiones de estimulación prenatal promedio en el grupo con depresión es de 1,0 y en el grupo sin depresión es de 1,6. Sobre el peso promedio antes del embarazo, el grupo caso tuvo 57,2 kilos y el grupo control tuvo 56,6 kilos; la talla promedio antes del embarazo fue de 160,4 cm en el grupo caso y de 159,1 en el grupo control. (Ver Tabla N°2)

Tabla N°3:

Características reproductivas de las gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal

| DATOS REPRODUCTIVOS | DEPRESIÓN | | | |
|---|-------------|---------------|-------------|---------------|
| | Si | | No | |
| | <i>X±DS</i> | | <i>X±DS</i> | |
| Menarquia | 12,1±0,8 | | 12,0±1,1 | |
| Edad de inicio de relaciones sexuales (IRS) | 16,3±1,9 | | 16,6±1,8 | |
| Número de parejas sexuales | 1,7±0,7 | | 1,7±0,8 | |
| Edad de la pareja | 29,6±3,9 | | 30,4±5,2 | |
| Uso de métodos anticonceptivos | <i>N</i> | <i>%</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
| Ninguno | 18 | 40.0% | 22 | 48.9% |
| Hormonal | 15 | 33.3% | 14 | 31.1% |
| Barrera | 12 | 26.7% | 9 | 20.0% |
| TOTAL | 45 | 100.0% | 45 | 100.0% |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la tabla N°3 se describen las características reproductivas de las gestantes que tuvieron y no tuvieron depresión durante el tercer trimestre de embarazo, de las cuales se identifica que la edad promedio de menarquia en las gestantes con depresión (12.1 años) fue similar a las que no presentaron depresión (12 años); de igual manera, la edad promedio del IRS fue similar en las que tuvieron depresión (16.3 años) en comparación a las que no presentaron depresión (16.6 años); además del número de parejas las gestantes con depresión (40.0%) y sin depresión (48.9%) no utilizaron método anticonceptivo hormonal.

Tabla N°4:

Características de la pareja de las gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal

| CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA | | DEPRESIÓN | | | |
|---------------------------------|---------------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
| | | Si | | No | |
| | | N | % | N | % |
| NIVEL EDUCATIVO DEL ACOMPAÑANTE | Secundario | 21 | 46.7% | 23 | 51.1% |
| | Técnico | 8 | 17.8% | 5 | 11.1% |
| | Superior | 16 | 35.5% | 17 | 37.8% |
| | Profesional técnico | 5 | 11.1% | 9 | 20.0% |
| OCUPACIÓN DEL ACOMPAÑANTE | Profesional universitario | 13 | 28.9% | 12 | 26.7% |
| | Trabajo independiente | 22 | 48.9% | 18 | 40.0% |
| | Trabajo dependiente | 4 | 8.9% | 4 | 8.9% |
| | Estudiante y trabajador | 1 | 2.2% | 2 | 4.4% |
| VIVE CON PAREJA | Si | 45 | 100.0% | 45 | 100.0% |
| | No | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| TIEMPO DE RELACION CON PAREJA | 1 a 4 años | 29 | 64.4% | 28 | 62.2% |
| | 5 a 9 años | 14 | 31.1% | 10 | 22.2% |
| | 10 a más años | 2 | 4.4% | 7 | 15.6% |
| TOTAL | | 45 | 100.0% | 45 | 100.0% |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

Referente a las características de la pareja descritas en la tabla N°3 se observa lo siguiente: la mayor parte tiene nivel educativo secundario (con depresión: 46.7% y sin depresión: 51.1%), tiene trabajo independiente (con depresión: 48.9% y sin depresión: 40.0%) y tiene una relación con un tiempo de 1 a 4 años (con depresión: 64.4% y sin depresión: 62.2%)

Tabla N°5:

Causas de depresión en las gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal

| CAUSAS DE DEPRESIÓN | | DEPRESIÓN | | | |
|--|----|------------------|---------------|-----------|---------------|
| | | Si | | No | |
| | | N | % | N | % |
| Antecedentes de depresión | Si | 17 | 37.8% | 5 | 11.1% |
| | No | 28 | 62.2% | 40 | 88.9% |
| Antecedentes de violencia (física, psicológica y/o sexual) | Si | 17 | 37.8% | 4 | 8.9% |
| | No | 28 | 62.2% | 41 | 91.1% |
| Violencia psicológica en la niñez o adolescencia | Si | 9 | 20.0% | 2 | 4.4% |
| | No | 36 | 80.0% | 43 | 95.6% |
| Embarazo planificado | Si | 11 | 24.4% | 15 | 33.3% |
| | No | 34 | 75.6% | 30 | 66.7% |
| Inadecuado apoyo emocional | Si | 14 | 31.1% | 4 | 8.9% |
| | No | 31 | 68.9% | 41 | 91.1% |
| Inadecuado nivel de relaciones sociales | Si | 4 | 8.9% | 3 | 6.7% |
| | No | 41 | 91.1% | 42 | 93.3% |
| Historial familiar problemático | Si | 14 | 31.1% | 7 | 15.6% |
| | No | 31 | 68.9% | 38 | 84.4% |
| Falta de apoyo por parte de la familia | Si | 14 | 31.1% | 5 | 11.1% |
| | No | 31 | 68.9% | 40 | 88.9% |
| Complicaciones o problemas de salud durante el embarazo | Si | 6 | 13.3% | 5 | 11.1% |
| | No | 39 | 86.7% | 40 | 88.9% |
| Carencias económicas | Si | 5 | 11.1% | 6 | 13.3% |
| | No | 40 | 88.9% | 39 | 86.7% |
| Hábitos nocivos (alcohol y/o tabaco) | Si | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| | No | 45 | 100.0% | 45 | 100.0% |
| TOTAL | | 45 | 100.0% | 45 | 100.0% |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

Respecto a las causas de depresión de las gestantes del tercer trimestre del grupo caso, se encontró antecedentes de depresión (37.8%), antecedentes de violencia física, psicológica y/o sexual (37.8%), inadecuado apoyo emocional (31.1%), historial familiar problemático (31.1%), falta de apoyo por parte de la familia (31.1%).

Tabla N°6

Asociación entre el apoyo emocional y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| APOYO EMOCIONAL | DEPRESIÓN | | | | P | OR |
|--------------------|-----------|--------|----|--------|-------|---------------------|
| | Sí | | No | | | |
| | N | N | N | N | | |
| Inadecuado (≤ 11) | 31 | 68.9% | 11 | 24.4% | 0.000 | 6.84 (2.71 - 17.31) |
| Adecuado (> 11) | 14 | 31.1% | 34 | 75.6% | | |
| TOTAL | 45 | 100,0% | 45 | 100,0% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la Tabla N°6, se analiza la asociación entre el apoyo emocional y la depresión en el embarazo, se observa que el 68.9% de las gestantes que tuvieron apoyo emocional inadecuado presentó depresión y el 24.4% de gestantes no manifestaron depresión en el embarazo, evidenciándose asociación significativa entre el apoyo emocional inadecuado y la presencia de depresión en las gestantes ($p=0.000$). Además, se demostró que las gestantes que reciben apoyo emocional inadecuado tienen 6.84 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:6.84 IC:2.71 – 17.31).

Tabla N°7

Respuestas sobre apoyo emocional de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| ITEMS EMOCIONAL | SOBRE | APOYO | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|---|-------|-------|-----------|-------|----|-------|--------|---------------------|
| | | | Si | | No | | | |
| | | | N | % | N | % | | |
| Mi pareja hace cosas que me hace sentir que me quiere. | No | No | 18 | 40.0% | 6 | 13.3% | 0,004 | 4.33 (1.52 – 12.34) |
| | Si | Si | 27 | 60.0% | 39 | 86.7% | | |
| Mi pareja se comunica conmigo continuamente (teléfono, Facebook, WhatsApp, etc.) Para saber cómo estoy. | No | No | 21 | 46.7% | 7 | 15.6% | 0,001* | 4.75 (1.75 12.87) |
| | Si | Si | 24 | 53.3% | 38 | 84.4% | | |
| Mi pareja me dedica tiempo todos los días. | No | No | 30 | 66.7% | 16 | 35.6% | 0,003* | 3.63 (1.52 - 8.65) |
| | Si | Si | 15 | 33.3% | 29 | 64.4% | | |
| Mi pareja me escucha cuando le converso. | No | No | 22 | 48.9% | 10 | 22.2% | 0,008* | 3.35 (1.34 - 8.35) |
| | Si | Si | 23 | 51.1% | 35 | 77.8% | | |
| Mi pareja me mira cuando hablo sobre distintos temas. | No | No | 25 | 55.6% | 12 | 26.7% | 0,005* | 3.44 (1.42 - 8.32) |
| | Si | Si | 20 | 44.4% | 33 | 73.3% | | |
| Mi pareja aprecia a la gente que es importante para mí. | No | No | 19 | 42.2% | 10 | 22.2% | 0,042* | 2.56 (1.02 - 6.41) |
| | Si | Si | 26 | 57.8% | 35 | 77.8% | | |
| Mi pareja ha respetado mi opinión. | No | No | 22 | 48.9% | 8 | 17.8% | 0,002* | 4.42 (1.69 - 11.58) |
| | Si | Si | 23 | 51.1% | 37 | 82.2% | | |
| Mi pareja me ha hecho participe de las decisiones del hogar. | No | No | 23 | 51.1% | 7 | 15.6% | 0,000* | 5.68 (2.10 - 15.36) |
| | Si | Si | 22 | 48.9% | 38 | 84.4% | | |
| Mi pareja me ha dicho o me ha hecho sentir que me respeta. | No | No | 24 | 53.3% | 7 | 15.6% | 0,000* | 6.20 (2.29 - 16.80) |
| | Si | Si | 21 | 46.7% | 38 | 84.4% | | |
| He sentido que mi pareja comprende mis sentimientos y/o emociones. | No | No | 30 | 66.7% | 12 | 26.7% | 0,000* | 5.50 (2.22 - 13.61) |
| | Si | Si | 15 | 33.3% | 33 | 73.3% | | |
| Siento que mi pareja entiende mis problemas. | No | No | 30 | 66.7% | 13 | 28.9% | 0,000* | 4.92 (2.01 - 12.04) |
| | Si | Si | 15 | 33.3% | 32 | 71.1% | | |
| Mi pareja trata de animarme cuando me siento triste. | No | No | 20 | 44.4% | 10 | 22.2% | 0,025* | 2.80 (1.12 - 7.00) |
| | Si | Si | 25 | 55.6% | 35 | 77.8% | | |
| Mi pareja ha hecho que me sienta segura. | No | No | 18 | 40.0% | 6 | 13.3% | 0,004* | 4.33 (1.52 - 12.34) |
| | Si | Si | 27 | 60.0% | 39 | 86.7% | | |
| Mi pareja he hecho que me sienta cuidada. | No | No | 18 | 40.0% | 6 | 13.3% | 0,004* | 4.33 (1.52 - 12.34) |
| | Si | Si | 27 | 60.0% | 39 | 86.7% | | |
| Cuando mi pareja ha tenido tiempo, me ha acompañado a los lugares donde necesito ir. | No | No | 18 | 40.0% | 8 | 17.8% | 0,020* | 3.08 (1.17 - 8.13) |
| | Si | Si | 27 | 60.0% | 37 | 82.2% | | |
| He podido confiar mis sentimientos con mi pareja. | No | No | 31 | 68.9% | 12 | 26.7% | 0,000* | 6.09 (2.44 - 15.18) |
| | Si | Si | 14 | 31.1% | 33 | 73.3% | | |
| Confío en las intenciones de mi pareja para mejorar el hogar. | No | No | 17 | 37.8% | 10 | 22.2% | 0,107 | - |
| | Si | Si | 28 | 62.2% | 35 | 77.8% | | |
| confió en las habilidades de mi pareja para resolver problemas. | No | No | 17 | 37.8% | 10 | 22.2% | 0,107 | - |
| | Si | Si | 28 | 62.2% | 35 | 77.8% | | |
| Total | | | 45 | 100% | 45 | 100% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la tabla N°7 se identifica asociación entre las respuestas en cuanto al apoyo emocional y la presencia de depresión en las gestantes, donde:

Las gestantes cuya pareja no hace cosas que las haga sentir amadas tienen 4.33 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.33 IC:1.52 – 12.34), siendo esta asociación significativa ($p=0.004$).

Las gestantes cuya pareja no se comunica continuamente (teléfono, Facebook, WhatsApp, etc.) tienen 4.75 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.75 IC:1.75 – 12.87), siendo esta asociación significativa ($p=0.001$).

Las gestantes cuya pareja no dedica tiempo todos los días tienen 3.63 veces más de probabilidad de depresión (OR:3.63 IC:1.52 – 8.65), siendo esta asociación significativa ($p=0.003$).

Las gestantes cuya pareja no escucha cuando se le conversa tienen 3.35 veces más de probabilidad de depresión (OR:3.35 IC:1.34 – 8.35), siendo esta asociación significativa ($p=0.008$).

Las gestantes cuya pareja no la mira cuando habla sobre distintos temas, tienen 3.44 veces más de probabilidad de depresión (OR:3.44 IC:1.42 – 8.32), siendo esta asociación significativa ($p=0.005$).

Las gestantes cuya pareja no aprecia a la gente que es importante para ella, tienen 2.56 veces más de probabilidad de depresión (OR:2.56 IC:1.02 – 6.41), siendo esta asociación significativa ($p=0.042$).

Las gestantes cuya pareja no aprecia a la gente que es importante para ella no respeta su opinión tienen 4.42 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.42 IC:1.69 – 11.58), siendo esta asociación significativa ($p=0.002$).

Las gestantes cuya pareja no la hace partícipe de las decisiones del hogar tienen 5.68 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.68 IC:2.10 – 15.36), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).

Las gestantes cuya pareja no la hace sentir que la respeta tienen 6.20 veces más de probabilidad de depresión (OR:6.20 IC:2.29 – 16.80), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).

Las gestantes cuya pareja no comprende sus sentimientos y/o emociones tienen 5.50 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.50 IC:2.22 – 13.61), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).

Las gestantes cuya pareja no entiende sus problemas tienen 4.92 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.92 IC:2.01 – 12.04), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).

Las gestantes cuya pareja no trata de animarla cuando esta triste tienen 2.80 veces más de probabilidad de depresión (OR:2.80 IC:1.12 – 7.00), siendo esta asociación significativa ($p=0.025$).

Las gestantes cuya pareja no hace que se sienta segura tienen 4.33 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.33 IC:1.52 – 12.34), siendo esta asociación significativa ($p=0.004$).

Las gestantes cuya pareja no hace que se sienta cuidada tienen 4.33 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.33 IC:1.52 – 12.34), siendo esta asociación significativa ($p=0.004$).

Las gestantes cuya pareja no tiene tiempo para acompañar a los lugares donde tiene que ir tienen 3.08 veces más de probabilidad de depresión (OR:3.08 IC:1.17 – 8.13), siendo esta asociación significativa ($p=0.020$).

Las gestantes que no pueden confiar en los sentimientos de su pareja tienen 6.09 veces más de probabilidad de depresión (OR:6.09 IC:2.44 – 15.18), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).

Tabla N°8

Asociación entre el apoyo instrumental y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| APOYO INSTRUMENTAL | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|-----------------------|-----------|--------|----|--------|-------|---------------------|
| | Si | | No | | | |
| | N | N | N | N | | |
| Inadecuado (≤ 9) | 26 | 57.8% | 10 | 22.2% | 0.001 | 4.79 (1.91 - 12.00) |
| Adecuado (> 9) | 19 | 42.2% | 35 | 77.8% | | |
| TOTAL | 45 | 100,0% | 45 | 100,0% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la Tabla N°8, se analiza la asociación entre el apoyo instrumental y la depresión en el embarazo, se observa que el 57.8% de las gestantes que tuvieron apoyo instrumental inadecuado presentó depresión y el 22.2% de gestantes no manifestaron depresión en el embarazo, evidenciándose asociación significativa entre el apoyo instrumental inadecuado y la presencia de depresión en las gestantes ($p=0.001$). Además, se demostró que las gestantes que reciben apoyo instrumental inadecuado tienen 4.79 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:4.79 IC:1.91 – 12.00).

Tabla N°9

Respuestas sobre el apoyo instrumental de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| ÍTEMES SOBRE INSTRUMENTAL | APOYO | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|---|-------|-----------|--------|----|--------|-------|---------------------|
| | | Si | | No | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Mi pareja siempre se preocupa porque no falte dinero. | No | 6 | 13.3% | 4 | 8.9% | 0,502 | - |
| | Si | 39 | 86.7% | 41 | 91.1% | | |
| Si por algún motivo yo no puedo trabajar, mi pareja se preocupa por cubrir nuestros gastos. | No | 6 | 13.3% | 4 | 8.9% | 0,502 | - |
| | Si | 39 | 86.7% | 41 | 91.1% | | |
| Mi pareja se ha preocupado por tener cubiertos los gastos de maternidad (seguro de salud, controles prenatales, ecografías, etc.) | No | 9 | 20.0% | 5 | 11.1% | 0,244 | - |
| | Si | 36 | 80.0% | 40 | 88.9% | | |
| Mi pareja se preocupa porque tenga una alimentación saludable. | No | 20 | 44.4% | 8 | 17.8% | 0,006 | 3.70 (1.41 - 9.70) |
| | Si | 25 | 55.6% | 37 | 82.2% | | |
| Mi pareja está al pendiente que consuma vitaminas. | No | 27 | 60.0% | 12 | 26.7% | 0,001 | 4.13 (1.69 - 10.05) |
| | Si | 18 | 40.0% | 33 | 73.3% | | |
| Mi pareja compra alimentos saludables para el hogar. | No | 28 | 62.2% | 11 | 24.4% | 0,000 | 5.09 (2.05 - 12.63) |
| | Si | 17 | 37.8% | 34 | 75.6% | | |
| Mi pareja se ha preocupado porque tenga un lugar donde vivir. | No | 1 | 2.2% | 3 | 6.7% | 0,306 | - |
| | Si | 44 | 97.8% | 42 | 93.3% | | |
| Mi pareja, se preocupa por darme comodidades en mi hogar, según sus posibilidades. | No | 20 | 44.4% | 7 | 15.6% | 0,003 | 4.34 (1.60 - 11.78) |
| | Si | 25 | 55.6% | 38 | 84.4% | | |
| Mi pareja se preocupa porque no falte los servicios básicos (luz, agua). | No | 3 | 6.7% | 5 | 11.1% | 0,459 | - |
| | Si | 42 | 93.3% | 40 | 88.9% | | |
| Mi pareja me ayuda en las labores de la casa. | No | 27 | 60.0% | 13 | 28.9% | 0,003 | 3.69 (1.53 - 8.89) |
| | Si | 18 | 40.0% | 32 | 71.1% | | |
| Mi pareja se preocupa por mantener la casa ordenada. | No | 28 | 62.2% | 12 | 26.7% | 0,001 | 4.53 (1.85 - 11.08) |
| | Si | 17 | 37.8% | 33 | 73.3% | | |
| Con mi pareja hacemos juntos como ir al cine o viajar. | No | 18 | 40.0% | 10 | 22.2% | 0,068 | - |
| | Si | 27 | 60.0% | 35 | 77.8% | | |
| Con mi pareja salimos a caminar o conversar. | No | 28 | 62.2% | 11 | 24.4% | 0,000 | 5.09 (2.05 - 12.63) |
| | Si | 17 | 37.8% | 34 | 75.6% | | |
| Con mi pareja podemos conversar frecuentemente. | No | 32 | 71.1% | 14 | 31.1% | 0,000 | 5.45 (2.21 - 13.44) |
| | Si | 13 | 28.9% | 31 | 68.9% | | |
| TOTAL | | 45 | 100,0% | 45 | 100,0% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la tabla N°9 se identifica asociación entre las respuestas en cuanto al apoyo instrumental y la presencia de depresión en las gestantes, donde:

Las gestantes cuya pareja no se preocupe por una alimentación saludable tienen 3.70 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.70 IC:1.41 – 9.70), siendo esta asociación significativa (p=0.006).

Las gestantes cuya pareja no esté al pendiente del consumo de vitaminas tienen 4.13 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.13 IC:1.69 – 10.05), siendo esta asociación significativa ($p=0.001$).

Las gestantes cuya pareja no compre alimentos saludables para el hogar tienen 5.09 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.09 IC:2.05 – 12.63), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).

Las gestantes cuya pareja no se preocupe por dar comodidades en el hogar tienen 4.34 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.34 IC:1.60 – 11.78), siendo esta asociación significativa ($p=0.003$).

Las gestantes cuya pareja no ayude en las labores de la casa tienen 3.69 veces más de probabilidad de depresión (OR:3.69 IC:1.53 – 8.89), siendo esta asociación significativa ($p=0.003$).

Las gestantes cuya pareja no se preocupe por mantener la casa ordenada tienen 4.53 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.53 IC:1.85 – 11.08), siendo esta asociación significativa ($p=0.001$).

Las gestantes cuya pareja no salga a caminar o conversar tienen 5.09 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.09 IC:2.05 – 12.63), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).

Las gestantes cuya pareja no pueda conversar frecuentemente tienen 5.45 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.45 IC:2.21 – 13.44), siendo esta asociación significativa ($p=0.000$).de depresión en el embarazo.

Tabla N°10

Asociación entre el apoyo informativo y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| APOYO INFORMACIONAL | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|------------------------|-----------|--------|----|--------|-------|---------------------|
| | Si | | No | | | |
| | N | N | N | N | | |
| Inadecuado (≤ 3) | 28 | 62.2% | 11 | 24.4% | 0.000 | 5.09 (2.05 - 12.63) |
| Adecuado (> 3) | 17 | 37.8% | 34 | 75.6% | | |
| TOTAL | 45 | 100,0% | 45 | 100,0% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la Tabla N°10, se analiza la asociación entre el apoyo informativo y la depresión en el embarazo, se observa que el 62.2% de las gestantes que tuvieron apoyo informativo inadecuado presentó depresión y el 24.4% de gestantes no manifestaron depresión en el embarazo, evidenciándose asociación significativa entre el apoyo informativo inadecuado y la presencia de depresión en las gestantes ($p=0.000$). Además, se demostró que las gestantes que reciben apoyo informativo inadecuado tienen 5.09 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:5.09 IC:2.05 – 12.63).

Tabla N°11

Respuestas sobre el apoyo informativo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| ÍTEM INFORMATIVO | SOBRE | APOYO | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|--|-------|-------|-----------|--------|----|--------|-------|---------------------|
| | | | Si | | No | | | |
| | | | N | % | N | % | | |
| Mi pareja me ha enseñado hacer cosas que yo no sabía. | | No | 26 | 57.8% | 11 | 24.4% | 0,001 | 4.23 (1.72 - 10.42) |
| | | Si | 19 | 42.2% | 34 | 75.6% | | |
| Con mi pareja tomamos decisiones importantes sobre algún tema. | | No | 24 | 53.3% | 8 | 17.8% | 0,000 | 5.29 (2.02 - 13.84) |
| | | Si | 21 | 46.7% | 37 | 82.2% | | |
| Mi pareja me aconseja para solucionar o afrontar algún problema. | | No | 27 | 60.0% | 12 | 26.7% | 0,001 | 4.13 (1.69 - 10.05) |
| | | Si | 18 | 40.0% | 33 | 73.3% | | |
| Mi pareja me ha dicho cosas que me ayudan a entender la situación que me preocupa. | | No | 28 | 62.2% | 12 | 26.7% | 0,001 | 4.53 (1.85 - 11.08) |
| | | Si | 17 | 37.8% | 33 | 73.3% | | |
| Cuando le pido a mi pareja que me aconseje, me da alternativas de solución sobre cómo hacer las cosas. | | No | 28 | 62.2% | 11 | 24.4% | 0,000 | 5.09 (2.05 - 12.63) |
| | | Si | 17 | 37.8% | 34 | 75.6% | | |
| Mi pareja me explica sobre temas o información que no entiendo o conozco. | | No | 28 | 62.2% | 11 | 24.4% | 0,000 | 5.09 (2.05 - 12.63) |
| | | Si | 17 | 37.8% | 34 | 75.6% | | |
| TOTAL | | | 45 | 100,0% | 45 | 100,0% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la tabla N°11 se identifica asociación entre las respuestas en cuanto al apoyo informativo y la presencia de depresión en las gestantes, donde:

Las gestantes cuya pareja no enseña hacer cosas a la gestante, tienen 4.23 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.23 IC:1.72 – 10.42), siendo esta asociación significativa (p=0.001).

Las gestantes cuya pareja no toma decisiones importantes sobre algún tema, tienen 5.29 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.29 IC:2.02 – 13.84), siendo esta asociación significativa (p=0.000).

Las gestantes cuya pareja no aconseja en la solución de algún problema tienen 4.13 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.13 IC:1.69 – 10.05), siendo esta asociación significativa (p=0.001).

Las gestantes cuya pareja no diga cosas que ayuden a entender la situación que preocupa tienen 4.53 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.53 IC:1.85 – 11.08), siendo esta asociación significativa (p=0.001).

Las gestantes cuya pareja no aconseja o da alternativas de solución sobre cómo hacer las cosas, tienen 5.09 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.09 IC:2.05 – 12.63), siendo esta asociación significativa (p=0.000)

La gestante cuya pareja no explica sobre temas o información que no entiende o conozca, tienen 5.09 veces más de probabilidad de depresión (OR:5.09 IC:2.05 – 12.63), siendo esta asociación significativa (p=0.000).

Tabla N°12

Asociación entre el apoyo valorativo y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| APOYO VALORATIVO | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|------------------|-----------|--------|----|--------|-------|---------------------|
| | Si | | No | | | |
| | N | N | N | N | | |
| Inadecuado (≤ 3) | 31 | 68.9% | 12 | 26.7% | 0.000 | 6.09 (2.44 - 15.18) |
| Adecuado (> 3) | 14 | 31.11% | 33 | 73.33% | | |
| TOTAL | 45 | 100,0% | 45 | 100,0% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la Tabla N°12, se analiza la asociación entre el apoyo valorativo y la depresión en el embarazo, se observa que el 68.9% de las gestantes que tuvieron apoyo valorativo inadecuado presentó depresión y el 26.7% de gestantes no manifestaron depresión en el embarazo, evidenciándose asociación significativa entre el apoyo valorativo inadecuado y la presencia de depresión en las gestantes (p=0.000). Además, se demostró que las gestantes que reciben apoyo valorativo inadecuado tienen 6.09 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:6.09 IC:2.44 – 15.18).

Tabla N°13

Respuestas sobre el apoyo valorativo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| ÍTEMES SOBRE APOYO VALORATIVO | | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|---|----|-----------|---------|----|---------|-------|---------------------|
| | | Si | | No | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Mi pareja me alienta para enfrentar cualquier adversidad. | No | 30 | 66.7% | 14 | 31.1% | 0,001 | 4.43 (1.83 - 10.73) |
| | Si | 15 | 33.3% | 31 | 68.9% | | |
| Mi pareja me ayuda a realizar una meta que es importante para mí. | No | 30 | 66.7% | 16 | 35.6% | 0,003 | 3.63 (1.52 - 8.65) |
| | Si | 15 | 33.3% | 29 | 64.4% | | |
| Mi pareja me ayuda en la superación de mis temores o miedos. | No | 31 | 68.9% | 15 | 33.3% | 0,001 | 4.43 (1.83 - 10.73) |
| | Si | 14 | 31.1% | 30 | 66.7% | | |
| Mi pareja me dice que hago las cosas bien. | No | 31 | 68.9% | 11 | 24.4% | 0,000 | 6.84 (2.71 - 17.31) |
| | Si | 14 | 31.1% | 34 | 75.6% | | |
| Mi pareja tiene algún detalle conmigo. | No | 27 | 60.0% | 12 | 26.7% | 0,001 | 4.13 (1.69 - 10.05) |
| | Si | 18 | 40.0% | 33 | 73.3% | | |
| Mi pareja valora el esfuerzo que hago. | No | 30 | 66.7% | 11 | 24.4% | 0,000 | 6.18 (2.46 - 15.51) |
| | Si | 15 | 33.3% | 34 | 75.6% | | |
| Mi pareja me hace sentir importante. | No | 34 | 75.6% | 13 | 28.9% | 0,000 | 7.61 (2.98 - 19.42) |
| | Si | 11 | 24.4% | 32 | 71.1% | | |
| TOTAL | | 45 | 100,0 % | 45 | 100,0 % | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la tabla N°13 se identifica asociación entre las respuestas en cuanto al apoyo valorativo y la presencia de depresión en las gestantes, donde:

Las gestantes cuya pareja la alienta para enfrentar cualquier adversidad, tienen 4.43 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.43 IC:1.83 – 10.73), siendo esta asociación significativa (p=0.001).

Las gestantes cuya pareja ayuda a concretar una meta importante tienen 3.63 veces más de probabilidad de depresión (OR:3.63 IC:1.52 – 8.65), siendo esta asociación significativa (p=0.003).

Las gestantes cuya pareja ayuda en la superación de temores o miedos tienen 4.43 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.43 IC:1.83 – 10.73), siendo esta asociación significativa (p=0.001).

Las gestantes cuya pareja diga que hace las cosas bien tienen 6.84 veces más de probabilidad de depresión (OR:6.84 IC:2.71 – 17.31), siendo esta asociación significativa (p=0.000).

Las gestantes cuya pareja tiene algún detalle tienen 4.13 veces más de probabilidad de depresión (OR:4.13 IC:1.69 – 10.05), siendo esta asociación significativa (p=0.001).

Las gestantes cuya pareja valora el esfuerzo tienen 6.18 veces más de probabilidad de depresión (OR:6.18 IC:2.46 – 15.51), siendo esta asociación significativa (p=0.000).

Las gestantes cuya pareja la hace sentir importante, tienen 7.61 veces más de probabilidad de depresión (OR:7.61 IC:2.98 – 18.41), siendo esta asociación significativa (p=0.000) y la presencia de depresión en el embarazo.

Tabla N°14

Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo

| APOYO DE LA PAREJA GENERAL | DEPRESIÓN | | | | p | OR |
|----------------------------------|-----------|--------|----|--------|-------|---------------------|
| | Si | | No | | | |
| | N | N | N | N | | |
| Inadecuado (≤ 28) | 32 | 71.1% | 11 | 24.4% | 0.000 | 7.61 (2.98 - 19.42) |
| Adecuado (> 28) | 13 | 28.9% | 34 | 75.6% | | |
| TOTAL | 45 | 100,0% | 45 | 100,0% | | |

Fuente: Datos generados en el presente estudio.

En la Tabla N°14, se analiza la asociación entre el apoyo de la pareja de forma general y la depresión en el embarazo, observándose que el 71.1% de las gestantes que tuvieron apoyo inadecuado de la pareja presentó depresión y el 24.4% de gestantes no manifestaron depresión en el embarazo, evidenciándose asociación significativa entre el apoyo inadecuado de la pareja y la presencia de depresión en las gestantes (p=0.000). Además, se demostró que las gestantes que reciben apoyo inadecuado de la pareja tienen 7.61 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:7.61 IC:2.98 – 18.42).

4. DISCUSIONES

En el presente trabajo, se registraron mayores frecuencias de antecedente de violencia en el grupo de gestantes con depresión (37.8%), a diferencia de aquellas sin depresión (8.9%), por lo que hay una relación entre las variables, pero en cuanto a la no planificación del embarazo, en ambos grupos, (75.6% vs 66.7%) los porcentajes fueron equivalentes. En cambio, en el estudio efectuado por *Tirado* se encontró que había asociación entre el antecedente de violencia psicológica y la depresión (Con depresión: 12.1%; Sin depresión: 1.3%), aunque en referencia a la planificación del embarazo, todas las gestantes con depresión (100%) no planificaron el embarazo y el 64% sin depresión no lo planificó.

En esta etapa, además de la gestante, su pareja también cobra protagonismo, pues es quien debe brindarle apoyo afectivo, instrumental, valorativo e informacional, de tal manera que disminuyan las probabilidades de problemas de salud y fortalezcan las emociones positivas en la paciente.

Acerca de la primera dimensión del apoyo de la pareja, en el presente estudio se observó que el apoyo emocional se asoció de manera significativa con la depresión en las gestantes ($p=0.000$), de tal manera que las gestantes que reciben apoyo emocional inadecuado de la pareja tienen 6.84 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:6.84 IC:2.71 – 17.31). Estos resultados tuvieron relación con el estudio de *Rodríguez, May, Carrillo y Rosado*, quienes encontraron una asociación significativa del apoyo emocional de la pareja con la depresión, donde la falta de apoyo emocional desencadena una mayor predisposición a la depresión (RM = 2.79, IC95% 1.053-7.394). En cambio, *Tirado* halló en su trabajo que el apoyo emocional de la pareja no se asocia al desarrollo de depresión.

Los principales ítems de soporte emocional que generaron depresión son: la pareja no se comunica continuamente para saber cómo está la paciente ($p=0.001$), no le dedica tiempo todos los días ($p=0.003$), no le ha hecho sentir que la respeta ($p=0.000$), no comprende sus sentimientos ($p=0.000$), no entiende sus problemas ($p=0.000$), no la anima cuando se siente triste

($p=0.025$) y no la acompaña a determinados lugares cuando tiene tiempo ($p=0.020$). Según lo relatado se puede mencionar que la mayoría de las pacientes que no contaron con el apoyo afectivo de sus parejas desarrollaron depresión, notándose varias premisas asociadas a este trastorno psicológico, aunado a ello está el hecho de que una cantidad considerable de pacientes han sufrido antecedentes de depresión y de violencia, lo cual las hace más sensibles a esta situación y requieren de mayor respaldo.

En la segunda dimensión, el presente trabajo reveló que el apoyo instrumental (apoyo material o tangible) se asocia de manera significativa con la depresión ($p=0.001$), de tal manera que las gestantes que reciben apoyo instrumental inadecuado de la pareja tienen 4.79 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:4.79 IC:1.91 – 12.00). Los hallazgos mencionados son similares al estudio de *Zeng, Cui y Li*, pues indicaron que la preocupación financiera (falta de dinero para cubrir los gastos) se asoció a la presencia de depresión en el embarazo, siendo un factor de riesgo significativo asociados con los síntomas depresivos prenatales (OR = 2,33; 95 % CI 1.27 a 4.30).

Principalmente, los ítems de soporte instrumental que originaron la aparición de depresión en el embarazo son: la pareja no compra alimentos saludables para el hogar ($p=0.000$), no se preocupa por brindarme comodidades en el hogar ($p=0.003$), no está pendiente de que consuma vitaminas ($p=0.001$) y no la ayuda en las labores de la casa ($p=0.003$). Sin embargo, en lo que respecta a los gastos, las parejas cumplen con sus obligaciones. Si bien es cierto que la pareja está pendiente de los pagos a realizar, la parte monetaria, no lo es todo, pues toda paciente necesita también que su pareja se preocupe por su estado de salud, el cumplimiento de la alimentación y que se sienta cómoda para garantizar su bienestar y fortalecer el vínculo madre-niño-padre.

En la tercera dimensión, la presente investigación demostró que el apoyo informativo se asocia significativamente con la depresión en el embarazo ($p=0.000$), de tal manera que las gestantes que reciben apoyo informacional inadecuado de la pareja tienen 5.09 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:5.09 IC:2.05 – 12.63). De manera semejante, en la investigación

de Brock, O'Hara, Hart, McCabe, Williamson, Laplante, et al. se observó que el apoyo informativo se asoció con niveles más bajos de depresión.

Respecto a los ítems de soporte informativo asociados a la depresión son: no tomamos decisiones importantes con mi pareja sobre algún tema ($p=0.000$), mi pareja no me explica sobre temas que no conozco ($p=0.000$), no me ha enseñado a hacer cosas que yo no sabía ($p=0.001$) y no me aconseja ni me da alternativas de solución frente a algunas cosas ($p=0.000$). Esto devela que hay muy poca comunicación entre la pareja y la gestante, asimismo, desinterés por ayudar a resolver situaciones juntos, ampliar los conocimientos, entre otros; tal vez esto se deba a la carga laboral de la pareja, cansancio, desgano, entre otros.

En cuanto a la cuarta dimensión, en el presente estudio se halló una asociación significativa entre el apoyo valorativo y la depresión en el embarazo ($p=0.001$), de tal manera que las gestantes que reciben apoyo valorativo inadecuado de la pareja tienen 6.09 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:2.44 IC:2.44 – 15.18). Los motivos más resaltantes que ocasionaron esta situación son: que la pareja no la aliente a enfrentar adversidades ($p=0.001$), que no le diga que hace las cosas bien ($p=0.000$), que no valore el esfuerzo de la gestante ($p=0.000$) y que no la haga sentir importante a la paciente ($p=0.000$). De acuerdo a lo declarado en gran parte de los casos, la pareja no valora a la gestante ni tampoco la sostiene en esta etapa que es crítica para algunas mujeres, sobre todo cuando está más cerca al parto, que es cuando más ánimos y fuerzas debería brindarle por las molestias propias del último trimestre.

Por último, de manera general se evidenció que el apoyo de la pareja se asoció con la depresión en el embarazo ($p=0.000$), adicionalmente se demostró que las gestantes que recibieron apoyo inadecuado de su pareja tienen 7.61 veces la probabilidad de presentar depresión (OR:7.61 IC:2.98 – 18.42), a diferencia de las que recibieron buen apoyo. Estos hallazgos son muy similares al trabajo de Brock, O'Hara, Hart, McCabe, Williamson, Laplante, et al., pues en su estudio hallaron que la falta de apoyo recibido por parte de la pareja durante el embarazo refuerza la depresión materna desde el embarazo hasta 30 meses

después del parto. A manera de resumen, el hecho de que la pareja no le proporcione soporte emocional, información necesaria, no la ayude a tomar decisiones o resolver problemas y no la valore impacta negativamente en la gestante.

5. CONCLUSIONES

Existe asociación significativa ($p=0.000$), con un OR de 7.61 entre el apoyo inadecuado de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017.

Existe asociación significativa ($p=0.000$), con un OR de 6.84 entre el apoyo emocional inadecuado de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo.

Existe asociación significativa ($p=0.001$), con un OR de 4.79 entre el apoyo instrumental inadecuado de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo.

Existe asociación significativa ($p=0.000$), con un OR de 5.09 entre el apoyo informacional inadecuado de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo.

Existe asociación significativa ($p=0.000$), con un OR de 6.09 entre el apoyo valorativo inadecuado de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo.

6. RECOMENDACIONES

Se sugiere que el tema “apoyo de la pareja” sea difundido en los servicios de obstetricia mediante charlas, talleres y/o material didáctico; poniendo énfasis en que todo lo que perciba o sienta la gestante está siendo transmitido al feto.

Se recomienda desarrollar mejores estrategias de difusión para lograr que más parejas participen a conciencia de las atenciones prenatales y las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica con el propósito de que la gestante se sienta apoyada en el proceso del embarazo y que la pareja cuente con mayor información sobre cómo apoyarla.

Se aconseja que el profesional obstetra desarrolle talleres dirigidos especialmente a varones, sobre cómo asumir el rol de la paternidad. Ya que al igual que la gestante ellos también se convierten en padres y necesitan de herramientas específicas para absolver sus miedos y dudas.

Se recomienda que las charlas y sesiones demostrativas de nutrición también vayan dirigidas hacia la pareja, pues se ha visto que muchos varones no le toman la debida importancia a la nutrición de sus esposas, dejando de lado esta parte de gran valor para cuidar la salud física del binomio madre-niño

Se anima a más obstetras incursionar en la investigación y práctica clínica dentro del área Salud mental perinatal, pues es un área que aún falta implementar en nuestro país.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz G, Organista H, López R, Cortaza L, Vinalay I. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. Salud y Administración [Revista en Internet]. 2017 [Acceso el 20 de febrero del 2018]; 4(12): 25-30. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol4num12/3_Depresion_Embarazadas.pdf
2. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hineztrosa C, Polo S, Staaden M, et al. Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 20 de enero del 2018]; 29 (3): 394-404. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n3/v29n3a07.pdf>
3. Shakeel N, Eberhard-Gran M, Sletner L, Slinning K, Martinsen E, Holme I, et al. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 [Access on January 21, 2018];15:5. doi: 10.1186/s12884-014-0420-0.
4. Sumano M, Vargas J. Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. Conductitlán. 2014; 1(1): 33-47.
5. Tirado L. Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el Centro de Salud del Distrito de Mórrope en el período de Julio – Noviembre 2016 [Tesis]. Chiclayo-Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana; 2018. [Acceso el 08 de marzo del 2018]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3203/3/tirado_ile.pdf
6. Alvarado M, Mundaca A. Nivel de depresión, en gestantes atendidas en un Centro de Salud de la Ciudad de Chiclayo, Julio – Agosto, 2016 [Tesis de licenciatura]. Chiclayo-Lambayeque: Universidad Privada Juan

- Mejía Baca; 2016. [Acceso el 28 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/74/1/Alvarado%20Suyon%20%26%20Mundaca%20Vela%20Tesis.pdf>
7. Mercado Y, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2012. [Acceso el 20 de abril del 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2977/Mercado_hy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 8. Rodríguez A, May L, Carrillo M, Rosado L. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc [Revista en Internet]. 2017 [Acceso el 07 de marzo del 2018];25(3):181-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173e.pdf>
 9. Zeng Y, Cui Y, Li J. Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. BMC Psychiatry [Magazine Online]. 2015 [Access on March 20, 2016]; 15:66. doi: 10.1186/s12888-015-0452-7
 10. Brock R, O'Hara M, Hart K, McCabe J, Williamson J, Laplante D, et al. Partner support and maternal depression in the context of the Iowa floods. J Fam Psychol [Magazine Online]. 2014 [Access on March 20, 2016]; 28(6): 832-43. doi: 10.1037/fam0000027.
 11. Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y Ansiedad en Embarazadas [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 20 de febrero del 2016]; 17(2): 25-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf>.
 12. Maureira F. Los cuatro componentes de la relación de pareja. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]. 2015 [Acceso el 24 de marzo del 2016]; 14(1): 321-332. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/271328168_Los_cuatro_componentes_de_la_relacion_de_pareja

13. Aranda C, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología* [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 28 de marzo del 2016]; 16(1): 233-245. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010
14. Rosa Y, Negrón N, Maldonado Y, Quiñones A, Toledo N. Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá (Colombia)* [Revista en Internet]. 2015 [Acceso el 09 de marzo del 2018]; 33(1): 31-43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/799/79933768003/>
15. Lamas H. Satisfacción marital: La conducta de pareja como soporte social. *Revista Liberabit*. [Acceso el 16 de febrero del 2016]. Disponible en: http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_06_1_satisfaccion-marital-la-conducta-de-pareja-como-soporte-social.pdf
16. Maldonado J. *Salud Mental Perinatal*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
17. Álvarez S, Álvarez M, Arias I, Cabranes M, Castro E, Cuesta C, et al. Prepararse para el embarazo. Guía de promoción del embarazo saludable. 2ª ed. España: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado; 2013. [Acceso el 28 de febrero del 2016]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/PREPARARSE%20PARA%20EL%20EMBARAZO.pdf
18. Poli O. *Corazón de padre: el modo masculino de educar*. Madrid-España: Palabra; 2012.
19. Cuervo J. Parejas viables que perduran en el tiempo. *Perspectivas en Psicología*. [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 20 de febrero del 2016]; 9 (2) 2: 257-270. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67932397002.pdf>.

20. Real Academia Española. Estado. España: Real Academia Española. [Acceso el 23 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=GjqhajH>
21. Rodríguez K. El amor y las relaciones de pareja en la modernidad: un análisis transcultural del libro de Beck y Beck titulado “el normal caos del amor”. Cuadernos de Antropología. [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 20 de febrero del 2016]; 23: 55-82. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/antropologia/article/viewFile/12838/12097>.
22. Librería Editrice Vaticana. Humanae Vitae. [Acceso el 20 de febrero del 2018]. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html
23. Cervantes L. Memorias de la Convención: El Amor Conyugal. LAR, 2016. . [Acceso el 20 de febrero del 2018]. Disponible en: <http://www.lar.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/el-amor-conyugal.pdf>
24. Méndez M, García M. Relación Entre las Estrategias de Manejo del Conflicto y la Percepción de la Violencia Situacional en la Pareja. Revista Colombiana de Psicología. [Revista en línea]. 2014 [Acceso el 20 de febrero del 2018] 24 (1): 99-111. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a07.pdf>
25. Rodríguez R, Cantera L. Violencia en la pareja: el rol de la red social. Arquivos Brasileiros de Psicologia. [Revista en línea]. 2014 [Acceso el 20 de febrero del 2018] 69 (1): 90-106. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v69n1/08.pdf>
26. Alonso A, Menéndez M, Gonzáles L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Cad. Aten. Primaria [Internet]. 2013 [Acceso el 25 de marzo del 2016]; 19: 118-123. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
27. Ramírez H, Rodríguez I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica. Matronas Prof.

- [Revista en línea]. 2014 [Acceso el 20 de febrero del 2018]; 15(4):1-6. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-beneficios-pareja.pdf>
28. Amor. 2018. En: *Significados.com*. [Acceso el 20 de mayo del 2018]. Disponible en: <https://www.significados.com/amor/>
29. Moreno J, Esparza E. Estrategias de afrontamiento en la ruptura de pareja. Integración Académica en Psicología. [Revista en línea]. 2014 [Acceso el 20 de febrero del 2018]; 2 (5): 98-110. Disponible en: <http://integracion-academica.org/attachments/article/63/09%20Ruptura%20pareja%20-%20Moreno%20Esparza.pdf>.
30. Cruz N, Lázaro D. Construcción de la relación de pareja en estudiantes universitarios de Nuevo León, México. Ciencia y Tecnología. 2016; 4: 51 – 67.
31. García K. El aprecio: Fortalece al individuo y la organización. San Juan- Puerto Rico: Centro para el Desarrollo del Pensamiento Ético; 2013. [Acceso el 20 de julio del 2016]. Disponible en: <https://eticapr.blob.core.windows.net/files/STIC-2013-09.pdf>
32. Dirección de Comunicación Corporativa. El respeto. [Acceso el 20 de julio del 2016]. Disponible en: <https://www.grupoice.com/wps/wcm/connect/29e3a524-2b61-4228-afea-ea858bc4ee87/33.pdf?MOD=AJPERES&CVID=I1Ew55E>
33. López M, Filippetti V, Richaud M. Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia) [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 29 de julio del 2016]; 32(1): 37-51. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a04.pdf>
34. Rodríguez P, Díaz P, Martínez T, García A. Cuidar, cuidarse y sentirse bien. Huía de la fundación Pilares para la autonomía personal. 2014; 1. [Acceso el 29 de julio del 2016]. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/guia_cuidar/guia_cuidar_web.pdf

35. Pérez J, Merino M. Definición de recursos materiales. 2013. [Acceso el 03 de agosto del 2016]. Disponible en: <https://definicion.de/recursos-economicos/>
36. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. [Acceso el 09 de julio del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
37. Pérez J, Gardey A. Definición de vivienda; 2013 [Acceso el 09 de julio del 2017]. Disponible en: <https://definicion.de/vivienda/>.
38. Real Academia Española. Ayudar. España: Real Academia Española; 2014. [Acceso el 10 de julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=ayudar>
39. Ministerio de Desarrollo Social. Recreación. Uruguay: Ministerio de Desarrollo Social; 2013. Disponible en: http://www.ceip.edu.uy/documentos/2013/ProgramaMaestrosComunitarios/encastres/recreacion_imprenta3.pdf
40. Ríos J. El concepto de información: dimensiones bibliotecológica, sociológica y cognoscitiva. Investigación Bibliotecológica. [Revista en Línea] 2014 [Acceso el 10 de julio del 2017]; 28 (62): 143-179. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ib/v28n62/0187-358X-ib-28-62-00143.pdf>.
41. Álvarez R. Relación entre dependencia emocional, autoestima y apoyo social con los trastornos de adaptación en personas separadas. Colombia: Universidad de San Buenaventura Medellín, Facultad de Psicología; 2017.
42. Real Academia Española. Consejo. España: Real Academia Española; 2014. [Acceso el 10 de julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=AOrPd7J>
43. Real Academia de la Lengua Española. Informar. España: Real Academia de la Lengua Española; 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=LY5PzSO>.

44. Ministerio de Salud. Salud mental es sentirte bien contigo y con los demás. Lima: Ministerio de Salud; 2015. [Acceso el 28 de febrero del 2016]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/saludmental/index.asp>.
45. Organización Panamericana de la Salud. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Uruguay: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1152:depresion-hablemos-dice-la-oms-mientras-la-depresion-encabeza-la-lista-de-causas-de-enfermedad&Itemid=340.
46. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Ginebra: OMS; 2016. [Acceso el 16 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
47. Merlo V. Antidepresivos durante embarazo y diabetes. [Acceso el 24 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://salud.univision.com/es/trastornos-mentales-y-de-comportamiento/antidepresivos-durante-embarazo-y-diabetes>
48. Infogen. Depresión durante el embarazo. México: Infogen; 2014. [Acceso el 27 de setiembre del 2016]. Disponible en: <http://infogen.org.mx/depresion-durante-el-embarazo/>
49. Varas J. Estrés psicológico y físico. 2015. [Acceso el 28 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.blaumedica.com/enfermedades/estres-psicologico-fisico>
50. Sáez C. Emociones desde el útero. 2012. [Acceso el 20 de setiembre del 2016]. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/estilos-de-vida/20120509/54288851311/emociones-desde-el-utero.html>
51. Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Chile: MINSAL; 2014. [Acceso el 16 de julio del 2017]. Disponible en:

<http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>

52. Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2014 [Acceso el 23 de febrero del 2018]; 25(6): 1019-1028. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revisita%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/23-jadresic.pdf
53. Koch J. El estrés de las embarazadas afecta al desarrollo cerebral del bebé. 2017. [Acceso el 20 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://www.xlsemanal.com/conocer/salud/20171217/relajate-mama-bebe-maternidad-embarazo.html>
54. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/ Ministerio de Salud. Dirección General de las personas, Lima: Ministerio de Salud; 2012.
55. Gestación. [Acceso el 20 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://ppryc.files.wordpress.com/2012/06/gestacion-y-parto.pdf>
56. Organización Internacional del Trabajo. Estrés Laboral. Lima: Red Regional de Bibliotecas OIT para América Latina y el Caribe; 2016.
57. Villalobos E. Apoyo Social en los adultos mayores de un Centro de Salud de José Leonardo Ortiz- Chiclayo. 2014. [Tesis de licenciatura] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. [Acceso el 20 de febrero del 2018] Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/352/1/TL_Villalobos_Cordova_Elda.pdf
58. Oliver A, Torres E, March S, Socías I, Esteve M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. Actas Esp Psiquiatr [Revista en Línea] 2013 [Acceso el 20 de febrero del 2018]; 41(2):84-96. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-84-96-410230.pdf>
59. Montiel M. La conformación psicosocial del maternaje y su impacto en la salud de la familia. Psicología y Salud. 2016; 26(1): 101-110.

60. Manterola C. & Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* 2014; 32(2): 634-645. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>
61. Supo J. Portafolio de Aprendizaje Para la Docencia en Investigación Científica. SINCIE. 2017. Disponible en: <https://upla.edu.pe/web/wp-content/uploads/2017/12/3-UPLA-Portafolio-AprendizajeDocencia-en-Investigaci%C3%B3nCient%C3%ADfica.pdf>
62. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. *Revista Británica de Psiquiatría* [Internet]. 1987 [Acceso el 23 de febrero del 2016]; 150. Disponible en: http://nj.gov/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
63. López M. Riesgos para la Salud Reproductiva: Comportamiento Saludable en Mujeres Atendidas en Establecimientos del Primer Nivel de Atención de Salud Lima-Perú. 2016

8. ANEXOS

INDICE

| | |
|--|----|
| I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 68 |
| II. CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 70 |
| III. INSTRUMENTOS | 71 |
| IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO | 76 |
| V. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... | 84 |
| VI. CALCULO DE PUNTAJES PARA VARIABLE APOYO DE LA PAREJA..... | 88 |
| VII. DOCUMENTOS DE PERMISO PARA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO EN EL INMP..... | 89 |

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIÓN | INDICADOR | ÍTEMS | CODIFICACIÓN | TIPO DE UNIDAD | ESCALA | CATEGORIAS | FUENTE DE VERIFICACIÓN |
|--|---|--------------------|---------------------------------|--|------------------|----------------|---------|--------------------------------|------------------------------------|
| Apoyo de la pareja durante el embarazo | Es el conjunto de provisiones emocionales, instrumentales, informacionales y valorativas que brinda la pareja y son percibidas y evaluadas por la gestante; estas provisiones se producen durante el proceso de la gestación. | Apoyo emocional | Se siente amada | 1. Mi pareja hace cosas que me sentir que me quiere. 2. Mi pareja se ha comunicado conmigo (teléfono, <i>Facebook</i> , <i>whatsapp</i> , etc.) para saber cómo estoy. 3. Mi pareja me dedica tiempo todos los días. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | Adecuado = 1 Inadecuado = 0 | Cuestionario de apoyo de la pareja |
| | | | Sentirse apreciada | 4. Mi pareja me escucha cuando le converso. 5. Mi pareja me mira cuando hablo sobre distintos temas. 6. Mi pareja aprecia a la gente que es importante para mí. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | | Sentirse respetada | 7. Mi pareja ha respetado mi opinión. 8. Mi pareja me ha hecho partícipe de las decisiones del hogar. 9. Mi pareja me ha dicho o me ha hecho sentir que me respeta. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | | Empatía | 10. He sentido que mi pareja comprende mis sentimientos y/o emociones. 11. Siento que mi pareja entiende mis problemas. 12. Mi pareja trata de animarme cuando me siento triste. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | | Sentirse cuidada | 13. Mi pareja ha hecho que me sienta segura. 14. Mi pareja ha hecho que me sienta cuidada. 15. Cuando mi pareja ha tenido tiempo, me ha acompañado a los lugares donde necesito ir. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | | Sentir confianza | 16. He podido confiar mis sentimientos con mi pareja. 17. Confío en las intenciones de mi pareja para manejar el hogar. 18. Confío en las habilidades de mi pareja para resolver problemas. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | Apoyo Instrumental | Recursos económicos | 19. Mi pareja siempre se preocupa porque no falte dinero. 20. Si por algún motivo yo no puedo trabajar, mi pareja se preocupa por cubrir nuestros gastos. 21. Mi pareja se ha preocupado por tener cubiertos los gastos de maternidad (seguro de salud, controles prenatales, ecografías, etc.). | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | Adecuado = 1 Inadecuado = 0 | |
| | | | Nutrición | 22. Mi pareja se preocupa porque tenga una alimentación saludable. 23. Mi pareja está al pendiente que consuma vitaminas. 24. Mi pareja compra alimentos saludables para el hogar | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | | Vivienda | 25. Mi pareja se preocupa porque tenga un lugar donde vivir. 26. Mi pareja se preocupa por darme comodidades en mi hogar, según nuestras posibilidades. 27. Mi pareja se preocupa por que no falte los servicios básicos (luz, agua). | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | | Ayuda en las labores domesticas | 28. Mi pareja me ayuda en las labores de la casa. 29. (Mi pareja se preocupa por mantener ordenado la casa | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |
| | | | Recreación | 30. Con mi pareja hacemos cosas juntos como ir al cine o viajar. 31. Con mi pareja salimos a caminar o conversar. 32. Con mi pareja podemos conversar frecuentemente. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------|-----------------------------|--|----------------------|-------------|---------|---|----------------------------|--|
| | | Apoyo Informativo | Le brinda consejo. | 33. Mi pareja me ha enseñado hacer cosas que yo no sabía. 34. Con mi pareja tomamos decisiones importantes sobre algún tema. 35. Mi pareja me aconseja para solucionar o afrontar algún problema. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | Adecuado = 1 Inadecuado = 0 | | |
| | | | Le proporciona información. | 36. Mi pareja me ha dicho cosas que me ayudan a entender la situación que me preocupa. 37. Cuando le pido a mi pareja que me aconseje me da alternativas de solución sobre cómo hacer las cosas. 38. Mi pareja me explica sobre temas o información que no entiendo o conozco. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | | |
| | | Apoyo Valorativo | Apoyo incondicional | 39. Mi pareja me alienta para enfrentar cualquier adversidad. 40. Mi pareja me ayuda a realizar una meta que era importante para mí. 41. Mi pareja me ayuda en la superación de mis temores o miedos | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | Adecuado = 1 Inadecuado = 0 | | |
| | | | Exalta las cosas positivas. | 42. Mi pareja me dice que hago las cosas bien 43. Mi pareja tiene algún detalle conmigo. 44. Mi pareja valora el esfuerzo que hago 45. Mi pareja me hace sentir importante. | Si = 1 No = 0 | Cualitativa | Nominal | | | |
| Depresión durante el embarazo | Se define como aquellos síntomas depresivos cognoscitivos (risa, disfrute, culpa, ansiedad, pánico, desesperanza, infelicidad, tristeza, llanto e ideación suicida) de un episodio depresivo que la gestante ha presentado en los últimos quince días. | Depresión | Risa | He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas | Likert de 4 opciones | Cualitativa | Ordinal | Sin depresión = menor de 13 puntos | Escala de Edimburgo (EPDS) | |
| | | | Disfrute | He mirado el futuro con placer | | | | | | |
| | | | Culpa | Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien. | | | | | | |
| | | | Ansiedad | He estado ansiosa y preocupada sin Motivo | | | | | | |
| | | | Pánico | He sentido miedo y pánico sin motivo Alguno. | | | | | | |
| | | | Desesperanza | Las cosas me oprimen o agobian. | | | | Con depresión = mayor igual a 13 puntos | | |
| | | | Infelicidad | Ansiedad | | | | | | |
| | | | Tristeza | Me he sentido triste y desgraciada. | | | | | | |
| | | | Llanto | He sido tan infeliz que he estado llorando. | | | | | | |
| | | | Ideación suicida | He pensado en hacerme daño a mí misma | | | | | | |

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio - julio, 2017.

El presente estudio realizado por la Bachiller en obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Vanessa Reyes González tiene la intención de determinar la relación entre la percepción del apoyo de la pareja y la depresión durante el embarazo en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal, con la finalidad de brindar una mejor atención, con enfoque integral, a la usuaria gestante. Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: el propósito del estudio, participación, riesgos, incomodidades, costos, beneficios, confidencialidad y problemas o preguntas

Propósito: El propósito del estudio de investigación es determinar relación entre la percepción del apoyo de la pareja y la depresión durante el embarazo en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de junio – julio, 2017.

¿En qué consiste su participación?: Una vez autorizada su participación, el investigador le aplicará una ficha de recolección de datos, una escala para medir el grado de depresión y un cuestionario sobre percepción del apoyo de la pareja durante el embarazo.

Riesgos, incomodidades y costos de su participación: Con respecto a los riesgos, estos ya han sido estudiados y usted pasará por riesgos identificados, lo que se ha planteado que tendrá mayor riesgo que la población general. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra; su negativa a no participar en el estudio, no afectará a ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud.

Beneficios: Los beneficios encontrados que dará la investigación serán: para la institución contar con información sobre la relación existente entre la percepción del apoyo de la pareja y la depresión durante el embarazo. Para los investigadores corresponde su beneficio profesional y académico el investigador en ente campo y para las participantes el tener un poco más de información sobre la relación existente entre la percepción del apoyo de la pareja y la depresión durante el embarazo.

Confidencialidad: Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, no se les solicitará nombres y apellidos porque para efectos de la investigación de se le generará un código ID.

Problemas o preguntas: En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que realizara la entrevista; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con el investigador para cualquier consulta o retiro del estudio.

Consentimiento/participación voluntaria: Por lo expuesto comprendo que mi autorización es importante para el estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se identificarán mis datos. También se me informó que, si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales de esta Institución. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado al a comunidad científica para s mejor comprensión en condiciones de anonimato.

Declaración del paciente

He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y formo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no hay renuncia mía a nuestro derecho como pacientes o ciudadanos. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Firma del participante

Firma del investigador

III. INSTRUMENTOS

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ID: _____
FECHA ____ / ____ / ____ Caso () Control ()

CRITERIOS DE APAREAMIENTO:

Distrito de procedencia : _____
Región de nacimiento : _____

DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad : _____
Estado civil : _____
Ocupación : _____
Nivel educativo : _____
Distrito de nacimiento : _____
Provincia de nacimiento : _____
Región de nacimiento : _____
Religión : _____

DATOS OBSTÉTRICOS

Edad gestacional : _____
Número de gestaciones : _____
Número a partos vaginales : _____
Número de partos por cesárea : _____
Número de abortos espontáneos : _____
Número de abortos provocados : _____
Número de prematuros : _____
Número de hijos vivos : _____
Número de controles prenatales : _____
Número de controles prenatales en el primer trimestre : _____
Número de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétricas : _____
Número de sesiones de Estimulación Prenatal : _____
Peso antes del embarazo : _____
Talla antes del embarazo : _____

DATOS REPRODUCTIVOS

Menarquia : _____
Edad de inicio de relaciones sexuales: _____
Régimen catamenial ____ días / Periodo entre menstruaciones: _____
Número de parejas sexuales: _____
Uso de métodos anticonceptivos: _____

DATOS DE LA PAREJA

Edad : _____
Nivel educativo : _____
Ocupación : _____
Vive con pareja : _____
Tiempo de relación con pareja: _____ años

DATOS DE LA DEPRESIÓN

Antecedente de depresión : _____
Antecedente de violencia (física, psicológica y/o sexual) : _____
Violencia psicológica en la niñez o adolescencia : _____
Antecedente de aborto : _____
Embarazo no planificado : _____
Antecedente de gestación : _____
Inadecuado apoyo emocional : _____
Inadecuado nivel de relaciones sociales : _____
Historial familiar problemático : _____
Falta de apoyo por parte de la familia : _____
Bajo nivel educativo de la gestante : _____
Gestante soltera : _____
Complicaciones o problemas de salud durante el embarazo : _____
Carencias económicas : _____
Hábitos nocivos (alcohol y/o tabaco) : _____

CUESTIONARIO DE APOYO DE LA PAREJA

| Items | PREGUNTAS | |
|----------------------------|--|------------|
| Apoyo emocional | | |
| | | Si No |
| 1. | Mi pareja hace cosas que me hace sentir que me quiere. | |
| 2. | Mi pareja se comunica conmigo continuamente (teléfono, Facebook, WhatsApp, etc.) para saber cómo estoy. | |
| 3. | Mi pareja me dedica tiempo todos los días. | |
| 4. | Mi pareja me escucha cuando le converso. | |
| 5. | Mi pareja me mira cuando hablo sobre distintos temas. | |
| 6. | Mi pareja aprecia a la gente que es importante para mí. | |
| 7. | Mi pareja ha respetado mi opinión. | |
| 8. | Mi pareja me ha hecho partícipe de las decisiones del hogar. | |
| 9. | Mi pareja me ha dicho o me ha hecho sentir que me respeta. | |
| 10. | He sentido que mi pareja comprende mis sentimientos y/o emociones. | |
| 11. | Siento que mi pareja entiende mis problemas. | |
| 12. | Mi pareja trata de animarme cuando me siento triste. | |
| 13. | Mi pareja ha hecho que me sienta segura. | |
| 14. | Mi pareja ha hecho que me sienta cuidada. | |
| 15. | Cuando mi pareja ha tenido tiempo, me ha acompañado a los lugares donde necesito ir. | |
| 16. | He podido confiar mis sentimientos con mi pareja. | |
| 17. | Confío en las intenciones de mi pareja para manejar el hogar. | |
| 18. | Confío en las habilidades de mi pareja para resolver problemas. | |
| Apoyo instrumental | | |
| 19. | Mi pareja siempre se preocupa porque no falte dinero. | |
| 20. | Si por algún motivo yo no puedo trabajar, mi pareja se preocupa por cubrir nuestros gastos. | |
| 21. | Mi pareja se ha preocupado por tener cubiertos los gastos de maternidad (seguro de salud, controles prenatales, ecografías, etc.). | |
| 22. | Mi pareja se preocupa porque tenga una alimentación saludable. | |
| 23. | Mi pareja está al pendiente que consuma vitaminas | |
| 24. | Mi pareja compra alimentos saludables para el hogar | |
| 25. | Mi pareja se ha preocupado porque tenga un lugar donde vivir. | |
| 26. | Mi pareja, se preocupa por darme comodidades en mi hogar, según sus posibilidades. | |
| 27. | Mi pareja se preocupa por que no falte los servicios básicos (luz, agua). | |
| 28. | Mi pareja me ayuda en las labores de la casa. | |
| 29. | Mi pareja se preocupa por mantener la casa ordenada | |
| 30. | Con mi pareja hacemos cosas juntos como ir al cine o viajar. | |
| 31. | Con mi pareja salimos a caminar o conversar | |
| 32. | Con mi pareja podemos conversar frecuentemente | |
| Apoyo informacional | | |
| 33. | Mi pareja me ha enseñado hacer cosas que yo no sabía. | |
| 34. | Con mi pareja tomamos decisiones importantes sobre algún tema. | |
| 35. | Mi pareja me aconseja para solucionar o afrontar algún problema. | |
| 36. | Mi pareja me ha dicho cosas que me ayudan a entender la situación que me preocupa. | |
| 37. | Cuando le pido a mi pareja que me aconseje, me da alternativas de solución sobre cómo hacer las cosas. | |

| | | | |
|-------------------------|---|--|--|
| 38. | Mi pareja me explica sobre temas o información que no entiendo o conozco. | | |
| Apoyo Valorativo | | | |
| 39. | Mi pareja me alienta para enfrentar cualquier adversidad. | | |
| 40. | Mi pareja me ayuda a realizar una meta que es importante para mí. | | |
| 41. | Mi pareja me ayuda en la superación de mis temores o miedos | | |
| 42. | Mi pareja me dice que hago las cosas bien | | |
| 43. | Mi pareja tiene algún detalle conmigo. | | |
| 44. | Mi pareja valora el esfuerzo que hago | | |
| 45. | Mi pareja me hace sentir importante. | | |

¿Usted cree que su pareja le ha apoyado durante todo el proceso de embarazo hasta ahora?

- Definitivamente sí ()
- Probablemente sí ()
- Ni sí, ni no ()
- Probablemente no ()
- Definitivamente no ()

ESCALA DE EDIMBURGO

ID: _____

FECHA: _____ / _____ / _____

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor marque con una X la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 No, para nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- 3 Sí, bastante
- 2 Sí, a veces
- 1 No, no mucho
- 0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- 3 Sí, la mayor parte de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 Sólo en ocasiones
- 0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- 3 Sí, bastante a menudo
- 2 A veces
- 1 Casi nunca
- 0 No, nunca

IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

| CRITERIOS | Nº de Jueces | | | | | | Prob. |
|---|--------------|---|---|---|---|---|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.031 |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.031 |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.031 |
| 4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles) | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0.688 |
| 5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.031 |
| 6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.031 |
| 7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.031 |
| 8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.219 |

Se ha considerado:

- **Favorable** = 1 (SI)
- **Desfavorable** = 0 (NO)

Se realizó el análisis de los datos propuestos por los expertos: Médico Cirujano especialista en Psiquiatría Dr. Samuel Pecho, Psicólogo Especialista del Instituto Nacional Materno Perinatal Psicólogo Jimmy Orihuela, Docente de la Universidad

Católica Sede Sapientiae Psicólogo Rafael del Busto, Obstetra Especialista en Emergencias Obstétricas Obst. Maritza Meza y las Obstetras Especialistas en Psicoprofilaxis Obstétrica y Educación Prenatal Obst. Silvia Hugar y Mg. Carmen Espinoza. El análisis fue realizado a través de la prueba binomial con el objetivo de evaluar la validez del ítem de preguntas de la encuesta, dando como resultado el hallazgo de evidencias estadísticas que confirman la concordancia favorable entre los seis jueces respecto a la validez del instrumento ($p < 0.05$) de los criterios 1, 2, 3, 5, 6 y 7. Los criterios: 4 y 8 tienen un $p > 0.05$, por lo tanto, sí no existe concordancia para estos pautas, teniendo que evaluar las observaciones y realizar los cambios respectivos, y así poder continuar con el siguiente paso.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO **JUICIO DE EXPERTOS**

Nombre del Experto: Juan E. ECHO VIGIL
 Profesión: Psicólogo Especialista en Psicología
 Ocupación: Psicólogo Profesor facultad de Psicología
 DNI: 07704905
 Grado Académico: Magister (Especialista en Psicología)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

| CRITERIOS | Opinión | | |
|---|---------|----|-------------|
| | SI | No | Observación |
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | X | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado | X | | |
| 4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles) | X | | |
| 5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable. | X | | |
| 6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | X | | |
| 7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes. | X | | |
| 8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación. | X | | |

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (☒)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

Firma de Experto

[Firma manuscrita]
 1704/2017
 COT 7612
 NUT 3304
 CODIGO UNIVERSITARIO 05254A

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: Jenny Gallo Cruzado Salazar
 Profesión: Psicólogo
 Ocupación: Psicólogo Especialista I y II
 DNI: 25560693
 Grado Académico: Doctorado

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

| CRITERIOS | Opinión | | |
|---|---------|----|--------------------------------|
| | SI | No | Observación |
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | X | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado | X | | |
| 4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formulados. (claros y entendibles) | | X | En 3, 12, 26 debe reformularse |
| 5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable. | X | | |
| 6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | X | | |
| 7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes. | X | | |
| 8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación. | X | | |


 Dr. JENNY GALLO CRUZADO
 PSICÓLOGO
 C.P.S. 00000000000000000000
 Firma de Experto

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (SI)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Nombre del Experto: Rafael del Busto Bretoneche

Profesión: Psicólogo

Ocupación: Coordinador de la Carrera de psicología de la UCSS

DNI: 07760676

Grado Académico: egresado de maestría

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

| CRITERIOS | Opinión | | |
|---|---------|----|---|
| | SI | No | Observación |
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | x | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | x | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado | x | | |
| 4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles) | x | | El ítem es el único que la respuesta positiva es "no". Si no está claro puede confundirse al puntuar la prueba. |
| 5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable. | x | | |
| 6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | x | | |
| 7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes. | x | | |
| 8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación. | x | | |

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (x)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()



 Firma de Experto

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTOS**

Nombre del Experto: Marilyn Meza Balbín
 Profesión: Obstetra
 Ocupación: Obstetra Asistencial
 DNI: 06543218
 Grado Académico: Especialista en Emergencias Obstétricas

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

| CRITERIOS | Opinión | | |
|---|---------|----|-------------|
| | SI | No | Observación |
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | X | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado | X | | |
| 4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles) | X | | |
| 5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable. | X | | |
| 6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | X | | |
| 7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes. | X | | |
| 8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación. | X | | |

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



----- Firma de Experto
Obst. Marilyn Meza Balbín
C. J.P. Nº 4888

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTOS**

Nombre del Experto: Carmen Espinoza Aranda
 Profesión: Obstetra
 Ocupación: Obstetra - Responsable del área E.P.N. Adultas I RMP - Especialista en: PPO y EPN
 DNI: 20114482
 Grado Académico: Escuela de Maestría en Docencia Universitaria y Gestión Educativa

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

| CRITERIOS | Opinión | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| | SI | No | Observación |
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>Corregir conectores en las Preguntas 15, 19, 29</u> |
| 5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación. | <input checked="" type="checkbox"/> | | |


 CARMEN ESPINOZA ARANDA
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 C.O.P. 1923 - RNE 142-E13

Firma de Experto

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
JUICIO DE EXPERTOS**

Nombre del Experto: SILVIA CONSUELO HUGAR LUDEÑA
 Profesión: OBSTETRA ESPECIALISTA: Psicoprofilaxis obstétrica y Estimulación Perinatal
 Ocupación: OBSTETRA ASISTENCIAL
 DNI: 07050200
 Grado Académico: ESPECIALISTA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

| CRITERIOS | Opinión | | |
|---|---------|----|-------------|
| | SI | No | Observación |
| 1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio. | X | | |
| 3. La estructura del instrumento es adecuado | X | | |
| 4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles) | X | | |
| 5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable. | X | | |
| 6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento. | X | | |
| 7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes. | X | | |
| 8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación. | | X | |

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

 Obet. Silvia Consuelo Hugar Ludeña de Unares
 C.O.P. N.º 1027

Firma de Experto

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable () Aplicable después de corregir (X) No aplicable ()

- Evaluar la posible adaptación de los términos en la escala de Edimburgo.

V. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD DE KUDER RICHARDSON DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE APOYO A LA PAREJA

Para la confiabilidad del instrumento Cuestionario de Apoyo a la pareja, el puntaje de Kuder Richardson resultó 0.954 lo cual indica que el instrumento tiene una excelente confiabilidad.

[illegible]

| COEFICIENTE CORRELACION KUDER RICHARDSON | |
|--|--------------------------------|
| 1,00 | Confiabilidad Perfecta |
| 0,72 a 0,99 | Excelente Confiabilidad |
| 0,66 a 0,71 | Muy confiable |
| 0,60 a 0,65 | Confiable |
| 0,54 a 0,59 | Confiabilidad baja |
| 0.53 a menos | Confiabilidad nula |

CONFIABILIDAD DE CRONBACH DE LA ESCALA DE EDIMBURGO

El instrumento Escala de Edimburgo, fue confiabilizado mediante la prueba piloto, siendo el coeficiente de Cronbach 0.81 es decir, el instrumento tiene una muy alta confiabilidad.

| N | ITEM | | | | | | | | | | Total |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 5 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 6 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 7 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| 8 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 13 |
| 9 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 12 |
| 10 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 15 |
| 11 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 10 |
| 12 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| 13 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 12 |
| 14 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 15 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 8 |
| 16 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| 17 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 18 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 19 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 20 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 21 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 7 |
| 22 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 13 |
| 23 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 12 |
| 24 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 12 |
| 25 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 26 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| 27 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| 29 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 28 |
| 30 | 2 | 2 | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 | 3 | 19 |
| Varianza | 0.34 | 0.36 | 0.93 | 0.73 | 1.18 | 0.94 | 1.01 | 0.80 | 0.86 | 0.87 | 29.50 |
| Suma_var | 8.01 | | | | | | | | | | |

Leyenda 1 :menor calificación
5 : mayor calificación

k (ITEM) 10
N 30
r-Alpha de Cronbach **0.81**

| COEFICIENTE CORRELACION CRONBACH | |
|----------------------------------|----------|
| 0,81 a 1,00 | Muy Alta |
| 0,61 a 0,80 | Alta |
| 0,41 a 0,60 | Media |
| 0,21 a 0,40 | Baja |
| 0 a 0,20 | Muy Baja |

VI. CALCULO DE LOS PUNTAJES PARA LA VARIABLE APOYO DE LA PAREJA

Para categorizar el apoyo emocional se utilizó el promedio, la cual permitió baremar la variable en dos niveles (Apoyo adecuado y apoyo inadecuado).

Apoyo emocional

Media= 11.6

- Inadecuado: *menor o igual de 11.6*
- Adecuado: mayor de 11.6

Apoyo instrumental

Media = 9.9

- Inadecuado: *menor o igual de 9.9*
- Adecuado: mayor de 9.9

Apoyo informativo

Media = 3.5

- Sin apoyo: *menor o igual de 3.5*
- Adecuado: mayor de 3.5

Apoyo valorativo

Media = 3.6

- Inadecuado: *menor o igual de 3.6*
- Adecuado: mayor de 3.6

Apoyo global

Media = 28.6

- Inadecuado: *menor o igual de 28.6*
- Adecuado: mayor de 28.6

**VII. DOCUMENTOS DE PERMISO PARA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO
EN EL INMP:
DOCUMENTO 1:**



PERU

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal

Año del Buen Servicio al Ciudadano

H.T. 17-12071-1

Lima, 20 de setiembre de 2017

CARTA Nº 0215-2017-DG-Nº 085-OEAIDE/INMP

Alumna

VANESSA ALEJANDRA REYES GONZÁLES

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Telf.: 952690368

Presente

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación

Observacional, con diseño analítico de casos y controles, prospectivo y transversal

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA PAREJA Y LA DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL JUNIO-JULIO 2017"**, cuyo tipo de estudio es Observacional, con diseño analítico de casos y controles, prospectivo y transversal; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación y el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 30 de JULIO de 2018.

En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

[Firma]
M. C. Amadeo Sánchez Bongora
DIRECTOR DEL INSTITUTO (161)
C.M.P. N° 26577 R.N.E. N° 12005



C. CARRANZA

✓ DEOG
✓ DEN

✓ DEEMSC
✓ OEAIDE

✓ UFI
✓ Archivo

www.inmp.gob.pe
E-mail: direcciongeneral@inmp.gob.pe

Jr. Antonio Miroquesada 941, Lima -
PERU
Telefax: (511) 328-0998

DOCUMENTO 2:

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
Instituto Nacional Materno Perinatal



F-08

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

INFORME TÉCNICO DEL COMITÉ METODOLÓGICO.

| | | | |
|-------------------------|--|-------|------------|
| N° DE EXPEDIENTE | 12071 | FECHA | 10/07/2017 |
| 1. Título del Protocolo | Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, Junio – Julio, 2017 | | |

2. Autor (es) Reyes González Vanessa Alejandra

Resumen de Evaluación. Poner x en los espacios dando su conformidad

| ITEM | Adecuado | Observación |
|---|----------|-------------|
| TÍTULO DE INVESTIGACIÓN | | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | | |
| II.1 Descripción del Problema. | / | |
| II.2 Formulación del Problema. | / | |
| II.3 Justificación. | / | |
| MARCO TEÓRICO | | |
| III.1 Antecedentes de la investigación. | / | |
| III.2 Bases teóricas. | / | |
| III.3 Definiciones conceptuales. | / | |
| III.4 Objetivos. | / | |
| III.5 Hipótesis. | / | |
| METODOLOGIA | | |
| IV.1 Tipo de Estudio. | / | |
| IV.2 Diseño Muestral | / | |
| IV.3 Definición y Operacionalización de variables. | / | |
| IV.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos. | / | |
| IV.5 Plan de Recolección de datos. | / | |
| IV.6 Plan de procesamiento y Análisis de datos. | / | |
| ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | | |
| V.1 Presupuesto. | / | |
| V.2 Cronograma de Actividades. | / | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | / | |
| ANEXOS | / | |

APROBACION: SI (☒) NO (☐)

MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional Materno Perinatal
 Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
 Comité de Evaluación Metodológica y
 Examen de la Investigación

Presidente del comité
Metodológico

CEP 11922

Firma del Evaluador
UFI

MINISTERIO DE SALUD
 Instituto Nacional Materno Perinatal
 Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

Firma del asesor

DOCUMENTO 3:



Instituto Nacional Materno Perinatal

F-09

Comité de Ética

*Institutional Review Board (IRB)/ Independent Ethics Committee (IEC) N° IRB 5267
Federal Wide Assurance (FWA) for the Protection of Human Subjects for international Institutions N° FWA 9725.*


INFORME

Exp. N° 12071-17

| | |
|---------------------|---|
| Titulo del Proyecto | Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, Junio – Julio, 2017 |
| Investigadores | Vanessa Alejandra Reyes Gonzalez Investigadora- Universidad Nacional Mayor de San Marcos– Pre Grado. |
| Financiamiento | Propio. |
| Tipo de Estudio | Observacional, con diseño analítico de casos y controles, prospectivo y transversal. |
| Apreciación | En el presente estudio de investigación se prevé se aplicará dos instrumentos validados; la Escala de Depresión Perinatal Edimburgo (EPDS) y un Cuestionario de apoyo de la pareja a gestantes que cumplan con los criterios de inclusión durante el periodo de Junio a Julio 2017. |
| Calificación | Aprobado. Tendrá vigencia hasta el 30 de Julio del 2018. Los trámites para la renovación de aprobación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento. |

Lima, 31 de julio del 2017

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Desarrollo Científico



PRESIDENTE
Comité de Ética en Investigación
Presidente del CIEI
Dr. Carlos Pérez Aliaga

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal
Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Desarrollo Científico



SECRETARIO
Comité de Ética en Investigación
Secretaria del CIEI
Lic. Elisabet Ramos Palomino